Aus dem Institut für Gerichtliche Medizin in Königsberg Pr.

Über die Feststellung des ursächlichen Zusammenhanges zwischen Tod- und Betriebsunfall.

Inaugural-Dissertation

der

medizinischen Fakultät der Albertus-Universität zu Königsberg i. Pr.

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

vorgelegt von

Franz Döhring
Arzt.

KÖNIGSBERG i. PR.
Buch- und Steindruckerei von Otto Kümmel.
1912.

Gedruckt mit Genehmigung der
medizinischen Fakultät der Königl. Albertus-Universität
zu Königsberg i. Pr.
Referent: Geheimrat Prof. Dr. Friedrich.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153514_0062

Die Verunglückungen, sei es nun in oder außerhalb des gewerblichen Betriebes, spielen als Todesursache eine größere Rolle, als man gemeinhin anzunehmen pflegt. Es ist etwas überraschend, wenn man aus der »Preußischen Statistik« erfährt, daß im Jahre 1900 von 100 gestorbenen männlichen Personen 2,87 durch unglücklichen Zufall zu Grunde gingen, und daß somit der Unglücksfall als Todesursache den Herz-, Nieren- und Krebskrankheiten, dem Typhus, Scharlach, Keuchhusten und der Diphtherie nicht nur an Bedeutung gleich kommt, sondern dieselben sogar teilweise übertrifft. Die Häufigkeitsziffer des Unglückfalls, die bisher nur im allgemeinen gekennzeichnet wurde, wächst natürlich noch, wenn man einzelne Altersklassen ins Auge faßt. Die größte Ziffer wird bei der männlichen Bevölkerung zwischen dem 15. bis 20. Lebensjahre mit 13,83 % erreicht (1900). Es kommt hier die Verunglückung gleich hinter der Tuberkulose, die mit 34 % in diesem Alter die häufigste Todesursache ist. Bei der weiblichen Bevölkerung liegt das Maximum der tödlichen Unglücksfälle zwischen dem 5. und 10. Lebensjahre mit 3,17 %. Der große Unterschied zwischen der männlichen und weiblichen Bevölkerung in dieser Beziehung, der auch schon in den frühesten Kinderjahren, wo der Erwerb noch keine Rolle spielt,

besteht, wird durch die Ängstlichkeit und Vorsicht des weiblichen Charakters gegenüber dem Wagemut und der Neigung zur Tollkühnheit des männlichen Charakters erklärt.

Weiter zeigt die Preußische Statistik, daß die tötlichen Verunglückungen im allgemeinen eine geringe Abnahme zeigen, daß hingegen dieselben als Todesursache an Bedeutung zunehmen. Das veranschaulicht folgende Tabelle:

Jahr	Tötliche Verunglückung auf 10000 Lebende	Tötliche Verungl. als Todesursache in Prozenten
1900	4,1	1,8
1901	4,0	1,9
1902	3,8	1,9
1903	3,7	1,9
1904	3,7	1,85
1905	3,8	2,0
1906	4,0	2,1
1907	4,0	2,21
1908	4,0	2,28
1909	3,8	2,3

Unter den tötlichen Verunglückungen ist nun der bei weitem häufigste und vom praktischen Standpunkte aus wichtigste der entschädigungspflichtige Unfall, also vor allem der Betriebsunfall. Er beträgt im Durchschnitt 74 % der tötlichen Verunglückungen überhaupt. Die meisten Betriebsunfälle, die zum Tode führen, ereignen sich unter Berücksichtigung der Beteiligungsziffer, der Berufsklasse nach, abgesehen vom Seemannsberuf, in der Landwirtschaft, der Provinz nach in Schlesien. Als Ursache kommt Ertrinken und Sturz aus der Höhe am häufigsten in Betracht, während Erfrieren und Blitzschlag am seltensten sind.

Bei weitem häufiger nun noch als ein tötlicher Betriebsunfall wirklich vorkommt, ist vom ärztlichen Sachverständigen die Frage zu entscheiden, ob der auf der Arbeitsstätte oder nach einem Unfall eingetretene Tod Unfallfolge ist. Nicht nur, daß aus rein menschlichen Gründen der Begehrlichkeit und Habsucht Antrag auf Entschädigung so häufig gestellt wird, nein, ein großer Teil der Fälle ist eben von vornherein nicht gleich sicher zu entscheiden, und es muß daher nach dem Grundsatze: »Keinem zu Liebe, keinem zu Leide« die Sache erst untersucht werden, auch wenn sich dabei eben herausstellt, daß ein Betriebsunfall nicht vorliegt. Mit einer ärztlichen Begutachtung ist die Frage dann meist noch nicht entschieden und es werden häufig eine Reihe von Gutachten notwendig, um eine endgültige Entscheidung zu treffen. So kommt es denn, daß die Frage: »Tod durch Unfall?« nicht allzu selten Gegenstand ärztlicher Gutachten wird. So oft nun die Frage vorkommt, so schwer ist sie meist zu entscheiden. Das liegt daran, daß der Sachverhalt meist nur dürftig ist. Eine Obduktion fehlt in der Mehrzahl der Fälle und auch die weiteren Feststellungen leiden häufig an einer gewissen Unbestimmtheit. Es erscheint daher wohl angebracht und berechtigt, einmal an der Hand eines größeren Aktenmaterials auf diesen Gegenstand einzugehen.

Bei Durchsicht der Literatur in dieser Hinsicht findet man in den verschiedenen Zeitschriften, namentlich auch in der Sammlung ärztlicher Obergutachten des Reichs-Versicherungsamtes eine ganze Reihe diesbezüglicher Fälle mitgeteilt. Diese sind aber merk-

würdigerweise fast alle dadurch ausgezeichnet, daß ihnen eine Obduktion zu Grunde liegt. Und doch sind gerade die Fälle, in denen eine Obduktion fehlt und deshalb die Entscheidung Schwierigkeiten macht, die häufigeren und daher praktisch wichtigeren. Es wird deshalb von Wert sein, die Frage: »Tod durch Unfall?« gerade in der Richtung hin zu erörtern, welche Rolle dabei die Obduktion spielte.

Herr Professor *Puppe*, von dem ich die Anregung zu dieser Arbeit erhielt, überließ mir in liebenswürdiger Weise das Aktenmaterial des Königlichen Universitätsinstituts für Gerichtliche Medizin, insgesamt 64 Fälle. Ich will hier gleich Gelegenheit nehmen, Herrn Professor *Puppe* meinen wärmsten Dank dafür auszusprechen.

Bei Besprechung der einzelnen Fälle habe ich, um den Stoff übersichtlicher zu gestalten, dieselben nach medizinisch zusammengehörigen Gruppen geordnet. Diesen anschließend werden eine Reihe von Fällen mitgeteilt, in denen aus Mangel der Obduktion die Entscheidung hauptsächlich auf Grund medizinisch-kritischer Vermutungen getroffen werden mußte.

Gehirn.

Am häufigsten war die Frage zu entscheiden: Ist eine auf der Arbeitsstätte eingetretene Apoplexia cerebri Unfallfolge oder nicht? Unter den 6 dies-
1 bezüglichen Fällen wurde nur einmal der Unfall als Ursache anerkannt und zwar als sogenannte Spätapoplexie $1^1/_2$ Tage nach dem Unfall, der in einem

Fall aus geringer Höhe mit Aufschlagen des Hinterkopfes ohne äußere Verletzung bestand. Die Obduktion der exhumierten Leiche zeigte Blutaustritte ins Kleinhirn infolge Hirnquetschung. Dem gegenüber wurden
2–4 3 andere Fälle, in denen auch Zeitintervalle zwischen Unfall und Schlaganfall bestanden, abschlägig beschieden. Das Intervall betrug einmal 5 Wochen; die Ablehnung erfolgte, da die Kontinuität der Krankheitserscheinungen vom Unfall bis zum Tode, die in solchen Fällen gefordert werden muß, fehlte. — In 2 weiteren Fällen betrug das Intervall mehrere Jahre. Hier war ein Zusammenhang schon von vornherein unwahrscheinlich. Jedesmal konnte durch die Obduktion ziemlich sicher nachgewiesen werden, daß der Tod das Resultat einer allgemeinen Gefäßerkrankung war, die nicht dem Kopftrauma zur Last gelegt werden konnte, in einem Falle vielmehr auf Syphilis cas 4 beruhte. In den
5, 6 zwei bleibenden Beispielen von Apoplexie erfolgte der Tod sofort und zwar angeblich durch Fall vom Wagen, bezw. Fall auf glitschigem Dampferdeck. Die Obduktion, die beide Male vorgenommen wurde, machte es sehr wahrscheinlich, daß der Fall durch den den Schlaganfall einleitenden Schwindel bedingt war: Einmal konnte eine alte Blutung im anderen Linsenkerne nachgewiesen werden, die deutlich zeigte, daß früher schon einmal eine Blutung statt hatte. Das andere Mal wurde fortgeschrittene Arteriosklerose der Hirnarterien festgestellt. Daß der Fall an sich nicht erheblich war und den Tod verursachte, bewies die Tatsache, daß eine wesentliche äußere oder innere Verletzung nicht vorlag.

7 Ebenfalls einen plötzlichen Tod ohne bedeutende äußere Verletzung fand K. durch Sturz von einer mäßig hohen Treppe. Man nahm von vornherein, da der Verunglückte als potator strenuus bekannt war, Herztod oder Apoplexie an. Die Obduktion der exhumierten Leiche zeigte alsdann aber, daß der Tod durch eine Hirnquetschung verursacht war.

8 Ähnlich lag ein Fall, in dem ein Reiter vom Pferde stürzte und kurz darauf verstarb. Da eine besondere äußere Verletzung nicht vorlag, dachte man an eine Apoplexie. Die Obduktion, die alsbald vorgenommen wurde, ergab dann aber, daß eine Apoplexie nicht statt hatte, daß der Verstorbene einen Herzfehler, Nierenentzündung und Arteriosklerose gehabt hatte, und daß als Todesursache eine Commotio und Contusio cerebri (Blutaustritt ins Kleinhirn) im Verein mit den anderen Erkrankungen angenommen werden mußte.

9 An dieser Stelle muß auch der chronische Alkoholismus Erwähnung finden, da sein pathologisch-anatomisches Substrat ja doch im Wesentlichen eine Verdickung und Hyperaemie der Hirnhäute darstellt. In einem Falle, in dem durch eine im Betriebe erfolgte Tibiafraktur Delirium tremens ausgelöst wurde und der Verunglückte infolgedessen starb, mußte natürlich der Beinbruch als Todesursache anerkannt werden.

10 Das andere Mal handelte es sich darum, daß ein unverbesserlicher Potator, der schon mehrmals wegen Deliriums im Krankenhause behandelt wurde, sich endlich eines Tages, nachdem er mehrere Monate »gefeiert« hatte, entschloß, wieder die Arbeit aufzunehmen. Er brach dabei aber mehrmals zusammen und ver-

langte deshalb einen leichteren Posten, den er auch erhielt. Als dann der Polier zu einer besonders schweren Arbeit freiwillige Arbeiter aufforderte, ging er mit, brach aber gleich beim Heben eines schweren Balkens zusammen und verstarb in einigen Minuten. Da es an dem Tage heiß war, wurde Hitzschlag angenommen. Die Obduktion ergab die Zeichen des chronischen Alkoholismus. Es wurde nun unter Berücksichtigung der Anamnese das Prodromalstadium eines Deliriums angenommen; dafür sprachen die offenbaren Sinnestäuschungen mit der unbegründeten Übernahme der besonders schweren Arbeit.

11 Von den begutachteten Knochenverletzungen des Schädels wurde ein durch den Anprall von Windmühlenflügeln herbeigeführter Schädelbruch natürlich als Todesursache anerkannt.

Interessanter gestaltet sich folgender Fall:

12 Ein Maurer, der vor 4 Jahren vom Gerüst gefallen war und seither über Kopfschmerzen klagte, starb an Krämpfen mit Bewußtlosigkeit. Bei der Obduktion fand man auf der Innenseite der Dura mater ein kleines Knochenstück, darüber eine alte Narbe. Der Tod war so zu erklären, daß durch den Fall ein Stück von der Tabula interna sich ablöste und durch die Hirnhaut hindurchdrang. Die Dura war nun darüber verheilt und das Knochenstück übte einen ständigen Druck auf das Gehirn aus, der schließlich den Tod zur Folge hatte.

Lunge.

Fünf Fälle von Pneumonie wurden abschlägig be-
13, 14 schieden. Zwei Mal gab die Obduktion den Aus-

schlag. Bei einer angeblich nach schwerem Heben entstandenen Pneumonie konnte eine Blutung in die Lunge (Kontusionspneumonie) ausgeschlossen werden. Das andere Mal ergab die Schnittfläche des infiltrierten Lungengewebes das Alter der fraglichen Pneumonie von 5 Tagen (graue Hepatisation). Der Unfall lag aber erst 3 Tage zurück.

In zwei weiteren Fällen konnte den Rentenan-
15, 16 sprüchen nicht stattgegeben werden, da der Hergang des Unfalls für das Zustandekommen einer Pneumonie nicht genügende Anhaltspunkte gab. Entweder hatte das Trauma die Brust überhaupt nicht getroffen, auch war keine allgemeine Erschütterung oder Erkältung nachweisbar, oder aber es hatte das Trauma die linke Brustseite getroffen, während die rechte Lunge erkrankte. Einen Contrecoup gibt es aber nur bei Hirnverletzungen.

Ein anderes Mal mußte ein Zusammenhang
17 zwischen Lungenentzündung und Fall von einer Leiter 1 m tief deshalb ausgeschlossen werden, weil die Lungenentzündung erst 3 Monate nach dem Unfall entstanden war. Bei einer Pneumonie beträgt die Inkubationszeit aber doch meist nur Stunden, höchstens 2 Tage. Das Zustandekommen einer gewissen Lungenschwäche infolge des Traumas mußte auch verneint werden, da unmittelbar nach dem Fall nicht über Brustschmerzen geklagt, geschweige denn Bluthusten eingetreten war.

Es bleiben noch 4 Fälle von Tuberkulose, die alle das gemeinsame haben, daß eine Obduktion nicht gemacht wurde. Hierdurch entsteht wohl nicht zum

wenigsten der hohe Prozentsatz der anerkannten Fälle, nämlich 75 %. Die Besprechung der anerkannten Fälle geschieht weiter unten. Nur einmal wurde der
18 Zusammenhang abgelehnt, als die Witwe des Verstorbenen einen 5 Jahre früher erfolgten Knöchelbruch für den Tod ihres Mannes an Lungentuberkulose anschuldigte. Die Unwahrscheinlichkeit, die diese Annahme von vornherein an sich hatte, wurde durch den Nachweis, daß die Krankheitserscheinungen erst 2 Monate vor dem Tode sich bemerkbar machten, bestätigt. Der betreffende Arzt hatte mehrmals Gelegenheit gehabt, den Vorstorbenen vor der manifesten Lungenkrankheit zu untersuchen. Auch erhellte die Unwahrscheinlichkeit aus dem Umstande, daß der Verunglückte nach dem Unfall bis zu seiner letzten Erkrankung, 2 Monate vor dem Tode, stets vollen Lohn verdiente. Die letztere Tatsache bewies außerdem, daß der Knöchelbruch keine erheblichere Körperschwächung zurückließ, die vielleicht einer Tuberkulose den Boden ebnete.

Herz und Gefäße.

Von den Gutachten befassen sich 6 mit dem plötzlichen Herztod; sei es nun, daß derselbe sofort bei dem vermeintlichen Unfall eintrat oder auch erst später. Als Todesursachen kommen dabei Herzklappenfehler, Herzmuskelerkrankung und Fettumwachsungen des Herzens in Betracht.

Gemeinsam haben sämtliche Beispiele für Herztod, daß bei allen die Rentenansprüche abgewiesen wurden, da nachgewiesen werden konnte, daß der Tod im natürlichen Verlauf eines schon vor dem

Unfall bestehenden chronischen Leidens bei der Arbeit eingetreten war und daß dem Unfall kein wesentlicher Einfluß zukam. Als Ursache für die häufige Ablehnung spielt die gerade in diesen Fällen häufig vorgenommene Obduktion eine Rolle. In dem Falle, wo der Tod plötzlich auf der Arbeitsstätte eintrat, war die Arbeit nur Gelegenheitsursache und übertraf die Gefahren des gewöhnlichen Lebens für Herzkranke in keiner Weise. Der Tod wäre ebenso außerhalb des Betriebes erfolgt. Es war also nur ein zufälliges Zusammentreffen von Tod und Arbeit.

Für das letztgenannte Ereignis waren 2 Fälle vorhanden: Cas. 19: S. war beim Verladen von leeren Bierfässern beschäftigt und hob gerade wieder ein leeres Faß an, als er plötzlich vom Tode ereilt wurde. Die Obduktion zeigte, daß der Verstorbene schon lange an fettiger Entartung des Herzens und der Niere gelitten hatte infolge von chronischem Alkoholismus. —

Cas. 20: K., der schon jahrelang wegen chronischer Herzkrankheit Invalidenrente bezog, fiel eines Tages beim Verrichten der gewöhnlichen Arbeit von einer Treppe herunter. Nach den Zeugenaussagen und den beim Herabgleiten zugezogenen Verletzungen zu schließen, die keine vitale Reaktion mehr zeigten, mußte angenommen werden, daß K. bereits als Toter herunterfiel. Der Fall von der Treppe konnte als Todesursache somit ausgeschlossen werden; es blieb das Heben des Getreidesackes. Derselbe war aber nicht übermäßig schwer.

Weit häufiger aber waren die Fälle zu entscheiden, in denen jahrelang nach einem Unfall plötzlicher Herz-

tod eingetreten war. Der Zeit nach geordnet reihen sich diese Beispiele in folgender Weise aneinander.

Tod nach Unfall.

21 $^1/_2$ Jahr: F. fiel vom Wagen und zwar auf die rechte Körperseite. Erhebliche äußere Verletzungen waren nicht vorhanden. Ein halbes Jahr später Tod. Die Obduktion ergab exzentrische Herzhypertrophie als Todesursache; dieselbe war außer Zusammenhang mit dem Unfall, da das Trauma nicht geeignet war, das Herzleiden hervorzurufen; denn das Trauma traf weder die Herzgegend direkt, noch bestand es in einer größeren Körpererschütterung.

22 $1^1{}_2$ Jahre: Der Unfall bestand in einem Knöchelbruch. Die Obduktion ergab chronische Herzmuskelerkrankung als Todesursache. Ein Zusammenhang war natürlich ausgeschlossen. Vielmehr erklärte der bei der Obduktion festgestellte chronische Alkoholismus die Herzveränderungen zur Genüge.

23 7 Jahre: Nach Kopfkontusion war traumatische Neurose entstanden, die mit einer Rente von 60 % entschädigt wurde. Der Tod erfolgte 7 Jahre später an Herzmuskelerkrankung, was durch ärztliche Beobachtung fest stand. Ein Zusammenhang zwischen traumatischer Neurose und organischer Herzerkrankung besteht aber nicht. Wenn auch das Nervenleiden zu geringfügiger Arhythmie führen konnte, so waren organische Herzveränderungen, wie sie hier bestanden, nicht durch Nerveneinfluß denkbar.

24 9 Jahre: Für den plötzlichen Herztod eines 70jährigen Mannes wird ein 9 Jahre vorher erfolgte

Beinquetschung verantwortlich gemacht. Ein Zusammenhang wurde natürlich abgelehnt. Wenn der Verstorbene nach dem Unfall sich nicht in gehöriger Weise wieder erholte, wie die hinterbliebene Ehefrau angab, so waren daran etwa nicht die Unfallfolgen schuld, denn sie waren sehr nebensächlicher Natur, sondern die Tatsache, daß der Verstorbene ein abgenutzter schwächlicher Greis war.

26 In den bleibenden beiden Fällen, die die Blutgefäße betreffen, mußte ein Zusammenhang zwischen Unfall und Tod mit Sicherheit angenommen werden. Die Obduktion ließ eine andere Deutung nicht zu. Unter dem Einfluß von schwerem Heben erfolgte bei einem bis dahin gesund geltenden Manne der plötzliche Tod mit Blutspeien; die glücklicherweise gemachte Obduktion zeigte, daß ein Aneurysma des arcus aortae ascendens et descendens geplatzt war, die Blutung war hauptsächlich in die linke Pleura und in das Mediastinum erfolgt.

Durch Stoß mit einem Schraubstock gegen die Brust war plötzlich der Tod eingetreten. Bei der Autopsie stellte sich heraus, daß durch den Stoß die Aortenklappen zerrissen waren. Wäre hier keine Obduktion gemacht worden, so hätte man überhaupt nicht wissen können, wodurch der Tod erfolgte.

Verdauungsorgane.

2 mal handelte es sich um Bruchschaden. In einer Narbe nach Blinddarmoperation hatte sich ein
27 Bauchbruch entwickelt. Durch Hinfallen auf gedieltem Boden — ob auf Rücken, Bauch oder Seite wird nicht

angegeben — sollte dann der Bruch ausgetreten und eingeklemmt sein. Trotz Operation erfolgte der Tod. Der Zusammenhang wird abgelehnt, da weder mit Sicherheit noch Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden konnte, daß gerade beim Hinfallen die Einklemmung erfolgte. Aus dem unklaren Hergang des Unfalls ließ sich kein Beweis dafür erbringen, dagegen sprachen die Aussagen der Zeugen, daß der Verstorbene schon einige Tage vor dem Hinfallen über Leibschmerzen klagte und seine Mitarbeiter gebeten habe, ihn deshalb nach Möglichkeit bei der Arbeit zu vertreten. Es fehlte also das zeitlich umschriebene Ereignis, wie es der Begriff Unfall verlangt. Die Brucheinklemmung konnte ebenso gut eingetreten sein beim Pressen zum Stuhlgang oder beim Husten, kurz, bei allen Gelegenheiten, die zu einer Brucheinklemmung führen können.

28 In dem anderen Falle von Bruchschaden (epigastrische Hernie) mußte ebenfalls ein Zusammenhang mit dem Tode, der nach der Operation des Bruches erfolgte, in Abrede gestellt werden, da das Zerren an einem morschen Strick, der reißt, nicht geeignet ist, nach heutiger Auffassung einen Bauchbruch zu bewirken. Entweder wird dieser durch einen Stoß, z. B. durch eine Deichsel, hervorgebracht, oder aber er entwickelt sich allmählich dadurch, daß das vor dem Bauchfell liegende Fett im Laufe der Zeit durch die Bindegewebsspalten nach außen wächst und das Bauchfell hinter sich herzieht. Für das Entstehen des Bruches auf die letztgenannte Art spricht im vorliegenden Falle die Zeugenaussage, daß der Verstorbene bereits vor dem Unfall an heftigen Magen-

beschwerden, wie sie gerade der epigastrischen Hernie zukommen, gelitten habe.

29 In einem weiteren Falle handelt es sich um Quetschung des Leibes durch ein scheues Pferd. Es trat gleich eine starke Haemoptoe ein und nach einigen Tagen verstarb der Verunglückte. Ob die Blutung aus der Lunge oder aus dem Magen stammte, ob ein altes Magengeschwür vorlag oder ob es sich um eine frische Verletzung der Magenschleimhaut handelte, hätte ohne Obduktion nicht sichergestellt werden können. Bei der Autopsie wurde nun zunächst eine foudroyante Magenblutung festgestellt. Ein Magengeschwür konnte deshalb nicht angenommen werden, da die wallartig verdickten Ränder und die Terrassenform derselben fehlten. Hingegen sprach der Sitz des Substanzverlustes in der Gegend des Pförtners eher für eine direkte Magenquetschung, da gerade die Pförtnerpartie durch einen von außen wirkenden Druck direkt gegen die Wirbelsäule gequetscht werden kann. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Tod konnte deshalb mit hoher Wahrscheinlichkeit angenommen werden.

Harnorgane.

30 3 Gutachten fallen in diese Gruppe. In einem Falle wurde der durch Coma und Krämpfe erfolgte Tod einem 3 Jahre zurückliegenden Schlaganfall auf Rechnung gesetzt. Kurz vor dem Tode war der Verstorbene in ärztlicher Behandlung gewesen. Dabei war Schrumpfniere und Arteriosklerose festgestellt. Die Kenntnis dieser Tatsache machte eine Entscheidung leicht. Denn es war klar, daß der Tod infolge des

Nierenleidens erfolgte. Der Zusammenhang wurde selbstverständlich als nicht bestehend zurückgewiesen, da ein Schlaganfall nicht nierenreizend wirkt. Es war vielmehr mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß Schlaganfall und Schrumpfniere auf eine gemeinsame Ursache, nämlich Arteriosklerose, zurückzuführen
31 seien. In einem anderen Falle von Nierenentzündung und zwar Nephritis haemorrhagica, die den Tod veranlaßte, handelt es sich um einen alten Seemann, der bei einer Dampferreparatur längere Zeit im Wasser zu stehen gezwungen war. Die Anamnese ergab, daß sich der Verstorbene wegen einer Harnröhrenverengung infolge eines alten Trippers selbst katheterisieren mußte und daß er an Blasenkatarrh litt. Es erschien nun weit wahrscheinlicher, ja, fast mit Sicherheit anzunehmen, daß eine aufsteigende Infektion zur Nephritis haemorrhagica führte und so den Tod bewirkte, als daß dieselbe durch Erkältung entstand. Eine Obduktion wurde nicht gemacht.

32 Hingegen mußte im folgenden Falle der Unfall als Todesursache anerkannt werden. Durch Fall eines Bierfasses auf den Unterleib war der Hoden dick geschwollen. Es wurde ein eingeklemmter Bruch angenommen. Bei der Obduktion stellte sich jedoch heraus, daß eine Zerreißung der Harnröhre stattgefunden, die ihrerseits zur Urininfiltration mit nachfolgender Pyämie geführt hatte.

Bakterielle Erkrankungen.

In 2 Fällen von Pyämie wurde der ursächliche Zusammenhang zwischen Unfall und Tod bejaht. Das

eine Mal war durch den Treibriemen einer Transmission der Kehldeckel abgerissen und der Schildknorpel zerbrochen worden. Wie durch Obduktion festgestellt wurde, führte eine von hier ausgehende Allgemeininfektion zum Tode. Das andere Mal brachte eine Verletzung mit einem verunreinigten Porzellansplitter, die Durchseuchung des Körpers mit Eiterbakterien zustande. Der Tod erfolgte ganz offenbar infolge der verunreinigten Wunde an Sepsis. Die vorgenommene Obduktion hatte aber trotzdem Wert. Denn sie zeigte, daß die Verletzung (Fall auf Porzellanschale) jedenfalls nicht durch einen Schwindelanfall bedingt gewesen war.

Interessanter ist der folgende Fall. Ein Kind, das sich den Unterschenkel gebrochen hatte, wurde deshalb in die chirurgische Klinik gebracht. Das Kind inficierte sich dort mit Diphtheriebazillen und starb einige Tage darauf an Rachendiphtherie. Der Unfall mußte mit dem Tode in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden.

In den letzten beiden Fällen dieser Gruppe wurde bei der Rechtsentscheidung die Zeitrechnung maßgebend. Tetanus wurde auf einen Schlag mit einem hölzernen Kanthaken gegen das Knie zurückgeführt. Eine Splitterung des Holzes, wodurch ein Splitter in das Gewebe hätte eindringen können, fand nicht statt. Die durch den Schlag entstandene Gelenkwunde heilte unter Fistelbildung erst nach einem halben Jahre vollständig aus. Nach einem weiteren halben Jahre, also ein Jahr nach dem Trauma, brach dann der Tetanus aus. Nimmt man die längste Inkubationszeit für diese

Infektionskrankheit an, so würde dieser Zeitpunkt immer noch vier Monate nach der vollständigen Wundheilung liegen. Die Tetanusbazillen konnten also durch die beim Unfall entstandene Wunde am Knie nicht in den Körper eingedrungen sein. Man muß vielmehr, da eine äußere Verletzung in der letzten Zeit überhaupt nicht bestanden hatte oder bestand, die Krankheit als nicht durch den Unfall bedingt deuten.

37 In einem anderen Falle handelte es sich um Osteomyelitis, deren Entstehen auf Stoßen an einem Stück Holz zurückgeführt wurde. Einen Monat nach der Verletzung erst traten die ersten Krankheitserscheinungen ein. Die alsdann vorgenommene Operation vermochte den Tod nicht mehr abzuwenden. Der Zusammenhang wurde nicht anerkannt, da der Zeitraum von einem Monat zwischen Unfall und ersten Krankheitserscheinungen zu groß war. Derselbe beträgt (nach *Thiem*,) höchstens 14 Tage. Auch zeigte das Operationsbild, daß der Beginn der Erkrankung ungefähr 1—2 Wochen zurücklag. An die durch
38 Bakterieneinwanderung verursachten Todesfälle schließe ich einen Fall von Gangrän an. Der Verstorbene bequetschte sich den Fuß und erkrankte im Anschluß daran an Gangrän der Zehen. Der Zusammenhang des Unfalls mit dem schließlich eintretenden Tode wurde verneint, da der letztere durch die Neigung zu Altersbrand, also die Konstitution, herbeigeführt war.

Krebs.

Von den 3 hierher gehörigen Gutachten war 2 mal die Diagnose Magencarcinom nur Vermutungsdiagnose,

da Obduktionen fehlten. Besprechung s. weiter unten. Nur einmal wurde die Diagnose durch Obduktion sicher gestellt. L. gab an und Zeugen bestätigten
39 diese Angabe, daß er sich beim Transport einer Transmission verhoben habe, und seither immer elender werde. Bald trat Erbrechen und Husten in den Vordergrund der Erkrankung. Eine bestimmte Diagnose wurde von dem behandelnden Arzte nicht gestellt. Ein Vierteljahr nach dem Unfall erfolgte der Tod. Die Obduktion zeigte nun einen unerwarteten Befund. Es bestand eine generalisierte Krebsbildung. Die erwähnten Krankheitserscheinungen — Husten und Erbrechen — waren mit hoher Wahrscheinlichkeit als durch die Krebsbildung unmittelbar veranlaßt, indem die Krebsknoten den für Lunge und Magen in gleicher Weise wichtigen N. vagus in seinem Verlauf irgendwie komprimiert oder sonst wie alteriert hatten, die zahlreichen vorhandenen Geschwülste, insbesondere auch die großen im vorderen Mittelfell gelegenen und dem Aortenbogen benachbarten Geschwülste waren dazu geeignet, eine derartige Kompression des N. vagus auszuüben und so erklärte sich das Erbrechen insbesondere als eine reflektorische Erscheinung. Gleichzeitig ging aber daraus hervor, daß, als das Erbrechen eintrat, die Geschwülste sich bereits zu einer mehr oder weniger beträchtlichen Stärke entwickelt hatten. Es war allein deshalb schon unwahrscheinlich, daß die Krebsbildung erst nach dem Unfall entstanden war.

In den bisher erwähnten Fällen war teils durch Obduktion, teils durch ärztliche Beobachtung die Sachaufklärung hinreichend, um daraus zu einem Urteil zu

gelangen, das einigermaßen Anspruch auf Sachlichkeit machen konnte. Mit voller Sicherheit konnte nur 18 mal entschieden werden, also in 27 % der Fälle. Es war dann auch mit Ausnahme von 2 Fällen stets eine Obduktion gemacht worden. Meist lag nur eine mehr oder weniger große Wahrscheinlichkeit vor und zwar in 21 Fällen, also in 33 %. Dieses Resultat wurde auf Grund einer Obduktion 4 mal, also in 6 %, auf Grund guter ärztlicher Beobachtung 17 mal, also in 26 % gewonnen. Es bleiben nun noch eine Reihe von Fällen übrig, insgesamt 25, also 40 %, in denen der Sachverhalt zu dürftig aufgeklärt war, um daraus zu einem sicheren oder doch sehr wahrscheinlichen Urteil zu gelangen. Es mußte hier eine überwiegende Wahrscheinlichkeit oder auch nur die Wahrscheinlichkeit allein genügen. Die Ursache dafür war zum Teil dadurch bedingt, daß über den Gesundheitszustand des Verunglückten vor und nach dem Unfall sowie über die Ausbreitung und Intensität der festgestellten Todeskrankheit nichts oder doch nur wenig bekannt war, um daraus Schlüsse zu ziehen, zum Teil lag es daran, daß lediglich nur eine Leichenöffnung hätte entscheiden können, ob die zum Tode führende bekannte Krankheit traumatisch entstanden war oder nicht. Meist aber entbehrte in diesen Fällen das Endurteil deshalb der Sicherheit oder großen Wahrscheinlichkeit, weil die Todesursache nicht hinreichend aufgeklärt war. Und doch ist die genaue Kenntnis derselben für die Beurteilung der vorliegenden Frage von so eminenter Bedeutung, daß ohne sie eine Entscheidung, die von so weitgehenden Folgen ist, eigentlich nicht abgegeben

werden sollte. Trotzdem macht der ärztliche Sachverständige nicht gerade allzu selten die Erfahrung, daß an ihn das Ansinnen gestellt wird, ein Gutachten über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Tod und Unfall abzugeben, ohne daß die Todesursache überhaupt bekannt ist. Ein großer Wert kann dem unter diesen Umständen gewonnenen Resultat nicht zukommen und doch ist es bestimmend bei der Rechtsfindung. Das Subjektive spielt hier eine erhebliche Rolle, wie dies sich schon dadurch bemerkbar macht, daß diese Fälle meist durch ein großes Gutachtenmaterial charakterisiert sind. Das gemeinsame, das diese Gutachten ferner hatten, war der Mangel des Obduktionsbefundes mit Ausnahme von 2 Gutachten, wo aus äußeren Umständen der Obduktionsbefund wenig verwertbar war. Die Fälle, in denen das Urteil vorwiegend vermutungsweise abgegeben werden mußte, liegen wie folgt:

Zunächst sind hier die vorhandenen Fälle von Tuberkulose anzuführen, von denen 3 ja, wie oben
40—42 erwähnt, als Unfallfolge anerkannt werden mußten zumeist auf Grund der Zeugen, die bekundeten, daß der Verstorbene bis zu dem Unfall gesund gewesen sei. Der Nachweis nun, daß schon vor dem Unfall Tuberkulose bestand, konnte nicht erbracht werden. Und so durfte, wie die Sache nun einmal lag, der ursächliche Zusammenhang zwischen Unfall und Tod nicht zurückgewiesen werden. Und doch macht nicht so selten die Tuberkulose der Umgebung und dem Patienten selbst gar keine in die Augen fallenden Erscheinungen. Husten, Auswurf, Schmerzen können völlig fehlen und

doch besteht die furchtbare Krankheit. Geringe Nachtschweiße, auf die nicht geachtet wird, sind die einzigen Symptome. Der Patient und die Umwelt denken nicht an den Todeskeim. Hinzu kommt noch, daß der Unfallverletzte, mit seinem natürlichen Wunsche, Rente zu erhalten, geneigt ist, vom Unfalltage an besonders auf den Gesundheitszustand zu achten. Jedenfalls ist auf das Laienurteil gerade bei Tuberkulose kein großes Gewicht zu legen und doch war es in den vorliegenden Fällen 3 mal maßgebend. Der Obduktionsbefund hätte gewiß Schlüsse auf das Alter der Tuberkulose machen lassen und die Berufsgenossenschaften hätten wohl nicht in einem so hohen Prozentsatz die Entschädigungsansprüche zu bezahlen brauchen, wie es ohne Obduktion geschehen mußte. Auch in dem Falle, wo die Tuberkulose als Unfallfolge abgelehnt wurde, wäre die Obduktion imstande gewesen, mit größerer Sicherheit den Nachweis zu führen, daß die Tuberkulose, an der der Verunglückte einging, mehr foudroyanten Charakter hatte und nicht in schleichendem fünfjährigem Siechtum zum Tode führte.

Es folgen 4 weitere Fälle, in denen bei bekannter Todesursache nur die Autopsie imstande gewesen wäre, mit Sicherheit oder großer Wahrscheinlichkeit zu entscheiden, ob traumatisch oder nicht.

43 Ein bis dahin ganz gesundes 11 jähriges Mädchen erlitt im August einen Unfall. Es wird von einem großen Hunde umgerannt, fällt mit der Vorderseite des Körpers an die Erde und verletzt sich daselbst. In der Gegend des linken Rippenbogens markstückgroße Kontusion mit Hautabschürfung. Sofort nach

dem Unfall große Blässe und Unruhe, die aber nach angewandten Umschlägen zurücktritt, sodaß die Eltern noch etwa 4 Stunden in einem Restaurantgarten bleiben. Das Kind ist seit dem Unfall in seinem Verhalten verändert, es verliert seinen Appetit, es kann schwer die Treppen steigen, es stellt sich Müdigkeitsgefühl ein und schließlich, etwa zwei Monate nach dem Unfall, wird der Arzt (Königl. medizinische Poliklinik) aufgesucht, der einen schweren Herzklappenfehler feststellt, an dem das Kind schließlich im März nächsten Jahres zu Grunde geht. Die Ursache des Herzfehlers ist in der medizinischen Poliklinik nicht festgestellt worden, dort wurde nur notiert, daß weder Gelenkrheumatismus noch Scharlach den Herzfehler veranlaßt haben können. Ein angeborener Herzfehler war nicht anzunehmen, denn ein solcher würde wohl eher Beschwerden gemacht haben, zumal ein Herzfehler des hier vorliegenden Falles (Mitralinsufficienz). Halsentzündungen waren nicht beobachtet, ebenso wenig andere Infektionskrankheiten. Doch soll das Kind früher einmal über Gelenkschmerzen geklagt haben, ohne daß diesen Bedeutung beigemessen wurde. Es liegt somit als einzige greifbare Veranlassung die Verletzung im August vor. Nun steht aber fest, daß das Kind in der Tat in der Nähe des Herzens eine Quetschung erlitten hat, die äußerlich sichtbar in die Erscheinung trat; da würde es nicht unmöglich sein können, daß auch in dem tiefer liegenden Herzen irgend welche Wirkungen des Unfalls eintraten. Solche Wirkungen können sehr wohl bestanden haben in dem Zerreißen eines kleinen Klappensegels oder Klappenmuskels.

Die dadurch gesetzte Funktionsstörung des Herzens könnte sehr wohl zu einer Schlußunfähigkeit der Klappe geführt haben, die dann schließlich zu dem beschriebenen Herzfehler gelangte. Man wird also den ursächlichen Zusammenhang zwischen Tod und Unfall für möglich erachten müssen, doch wäre ebenso gut möglich, daß das Kind den Herzfehler schon vor der Affäre mit dem Hunde hatte und daß das Eintreten der Inkompensation nach dem Unfall Zufall war. Die Eltern legten dem Unfall zunächst ja auch keine Bedeutung bei, ja, als sie sogar zwei Monate später zum Arzt gingen, erwähnten sie nichts von dem Unfall. Hier hätte nur eine Obduktion die Entstehung des Herzfehlers aufklären können. So mußte man sagen, daß Anhaltspunkte, aus welchen ein andersartiges Entstehen des Herzfehlers hergeleitet werden könnte, im vorliegenden Falle sich nicht deutlich ergaben und daß deshalb aus der Möglichkeit des ursächlichen Zusammenhanges eine Wahrscheinlichkeit wurde.

Cas. 44. P. fiel bei Glatteis zu Boden. Er will sich dabei den Leib gequetscht haben. Er klagte über Kreuz- und Leibschmerzen, ging aber noch allein nach Hause und wurde dann angeblich gleich bettlägerig. 13 Tage darauf starb P. dann infolge einer Peritonitis. Nur eine Obduktion hätte entscheiden können, ob die Bauchfellentzündung von einer gequetschten Stelle des Darmrohrs ausginge oder ob eine Perforationsperitonitis vorlag, kurz, ob sie traumatisch oder, ob sie spontan entstanden war. So konnten als Unterlagen nur die Angaben dienen, daß P. hinfiel und daß er 13 Tage später infolge Peritonitis starb. Sollte

man nun zu einem Resultat gelangen und das war doch gefordert, so konnte man nur in Erwägung ziehen, daß die Zeitdauer von 13 Tagen zwischen angeblichem Unfall und Tod für eine Peritonitis traumatica relativ reichlich lang war, ferner die Tatsache, daß eine Verletzung des Bauches bei dem Fall nicht sicher war. Es wurde daher die Vermutung erweckt, daß das Entstehen der tötlichen Peritonitis spontan erfolgte. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Tod konnte daher ärztlicherseits nicht mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden.

Cas 45. F. 36 Jahre alt, trieb einen Bullen zum Baden. Er hatte zu diesem Zwecke eine Leine durch den Bullenring gezogen; am anderen Ende hatte er eine Schleife gemacht, die er sich auf den Arm streifte. Der Bulle sträubte sich, ins Wasser zu gehen. F. schlug das Tier nun von hinten. Der Bulle machte kurz Kehrt und schleifte F. etwa 120 m weit. Nach der Unfallanzeige soll sich nun F. hierbei sehr schwitzig gemacht und nachher infolge von Unvorsichtigkeit schnell abgekühlt haben. F. arbeitete nach dem Unfall weiter, fuhr auch noch am folgenden Tage zum Einkauf in die Stadt. Bei der Rückkehr soll er ganz bleich ausgesehen und über Brustschmerzen geklagt haben. Am folgenden Tage ging er noch in den Stall, mußte sich aber nachmittags zu Bett legen, d. h. ca. 50 Stunden nach dem Unfall. Tags darauf wurde eine Temperatur von 40^0 festgestellt und erst am 5. Tage nach dem Unfall wurde der Arzt herbeigeholt, der eine linksseitige Lungenentzündung mit großer Herzschwäche vorfand. Zwei Tage darauf erfolgte der Tod. Nach

Bekundung des Gutsvorstehers soll F. ein kräftiger Mann und früher nicht lungenleidend gewesen sein. Weiteres ist über den Gesundheitszustand nicht bekannt. Eine Obduktion hätte in dieser Frage Aufschluß geben können. Vielleicht war F. vor dem Unfall tuberkulös oder herzkrank und überstand aus diesem Grunde nicht die Lungenentzündung, die sonst doch von einem gesunden, kräftigen Manne, wie F. es ja sein sollte, in dem Alter meist ohne weiteres überwunden wird. Dies alles bleibt im Ungewissen. Man muß sich an die dürftigen Unterlagen halten. Danach erfolgte eine Quetschung der Brust nicht, hingegen soll eine Erhitzung mit nachfolgender Abkühlung statt gehabt haben. Nach der Krankengeschichte traten ca. 30 Stunden nach dem Unfall Brustschmerzen auf. Der Zustand verschlimmerte sich und am fünften Tage stellte der Arzt Pneumonie mit schwerer Herzschwäche fest. Neun Tage nach dem Unfall verstarb F. dann.

Wenn die Angabe richtig ist, das F. bereits 30 Stunden nach dem fraglichen Unfall Symptome darbot, die als Anfangserscheinungen der Pneumonie angesprochen werden können — die meisten Lungenentzündungen fangen doch mit Seitenstichen und Schüttelfrost an — so wird man nicht fehl gehen, wenn man die angeblichen Brustschmerzen als das einleitende Seitenstechen der Pneumonie anspricht. Solche Zeitspanne von ca. 30 Stunden zwischen fraglicher Erkältung und Ausbruch der Pneumonie entspricht medizinischen Erfahrungen, wenngleich sich Pneumonien häufig schneller an Erkältungen anzuschließen pflegen; aber man wird in dieser zeitlichen Aufeinanderfolge eines

der Momente zu sehen haben, die für einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit bezw. Tod sprechen. Abgesehen von dem zeitlichen Zusammenhang wird man gewiß auch der Tatsache eine gewisse Bedeutung zumessen müssen, daß hier ein früher angeblich gesunder kräftiger Mensch von einer Lungenentzündung dahingerafft wird und daß, abgesehen von jenem Rencontre mit dem Bullen, eine besondere Ursache nicht zu ermitteln ist, die die Pneumonie dann sonst verursachen könnte.

Wenn unter diesen Umständen ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Tod auch nicht mit Sicherheit festzustellen ist, so wird man doch nicht umhin können, nicht nur die Möglichkeit, sondern auch die Wahrscheinlichkeit eines derartigen ursächlichen Zusammenhanges zuzugeben.

Cas. 46. S. trug ein ca. $^3/_4$ Zentner schweres Stück Grubenholz. Dieses fiel ihm über den Rücken herunter, sodaß S. rechts nach der Seite hin gebogen wurde. Er klagte sofort über Schmerzen im Rücken, ferner über große Ermüdbarkeit. Angeblich wurde er dann bald von einem starken Schüttelfrost überfallen, sodaß er nach Hause gehen mußte. Er wurde den Angaben nach sofort bettlägerig und hatte blutigen Auswurf. 3 Tage darauf wurde der Arzt zum ersten Male geholt. Dieser stellte eine Lungenentzündung im rechten Unterlappen fest. 17 Tage nach dem Unfall starb S. Über den Gesundheitszustand des S. war überhaupt nichts bekannt. Eine Obduktion hätte hier dieselben Dienste leisten können, wie in Fall 45. Aber außerdem hätte die Obduktion hier sicher entscheiden können, ob eine

Kontusion der Lunge, um die es sich nach dem Hergang des Unfalls ja allein handelte, statt hatte oder nicht. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit wurde mit gewisser Wahrscheinlichkeit vermutet. Zu diesem Schlusse führte die Zeugenangabe, daß kurz nach dem Unfall blutiger Auswurf vorhanden war, ein bei traumatischer Lungenentzündung häufiges Vorkommen. Auch erschien es wahrscheinlich, daß der herabfallende Stamm, der den S. im Rücken traf und ihm daselbst Schmerzen verursachte, eine Quetschung der Lunge bedingte, die so erheblich war, daß die Pneumokokken einen zur Ansiedelung günstigen Nährboden fanden. Aus diesen Überlegungen heraus war ein Zusammenhang nicht unwahrscheinlich.

Es folgen die Fälle, in denen die Todesursache unbestimmt war:

Cas. 47. S. erlitt eine einfache Hautverletzung am rechten Daumen. An dieselbe schloß sich eine Phlegmone der Hand mit Lymphangitis am rechten Arm und Erysipelas capitis an. Nach 5 Wochen vollständige Wundheilung. Drei Monate später Tod. Es bestanden zwei Möglichkeiten, die beide ihre ärztlichen Vertreter fanden. Der zuerst behandelnde Arzt meinte, daß sich im Anschluß an die Kopfrose ein Hirnabsceß entwickelt habe und daß deshalb der Tod mit dem Unfall in ursächlichem Zusammenhang stehe. Der Befund, den dieser Arzt erhoben hatte, war folgender: Starke Kopfschmerzen, Erbrechen, Fieber, beginnende Nackensteifigkeit, Unregelmäßigkeit und Verlangsamung des Pulses, schwankender Gang. Von Ausfallerscheinungen wurde nichts erwähnt. Der Armenarzt

hingegen, der die Verstorbene bis zu ihrem Ende behandelte, nahm eine Meningitis an, ohne jedoch diese Angabe weiter zu begründen. Eine richtige Entscheidung war nicht leicht. Wäre Hirnabsceß die Todesursache gewesen, so hätte man einen Zusammenhang anerkennen müssen, im anderen Falle war dieser wegen des langen Intervalles nicht möglich. Nur die Obduktion hätte eine sichere Entscheidung bringen können; so neigte sich die Ansicht, wenn man die geschilderten Krankheitssymptome ins Auge faßte, mehr einer Meningitis zu und es war weder mit Sicherheit noch mit ausreichender Wahrscheinlichkeit ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Tod und Unfall zu konstituieren.

Cas 48. K. stürzte 3 m tief herab auf einen Bretterhaufen. Ob er bewußtlos war, konnte durch Zeugen nicht festgestellt werden. Außer Blutaustretungen an der linken Körperhälfte stellte sich erst am zweiten Tage eine Kopfwunde heraus, die K. zuerst nicht beachtet hatte. Kurze Zeit darauf soll sich K. nach dem Urteil seiner Bekannten geistig verändert haben. Er klagte über Druck im Kopf, ließ in der Nahrungsaufnahme nach, schlief nicht und wurde verwirrt. Alkoholiker soll K. nicht gewesen sein. In einer Nacht brach ein deliranter Zustand aus und wurde K. deshalb in ein Krankenhaus gebracht. Befund: langsame Sprache, Zuckungen in den Gliedmaßen und im Gesicht. Eines Tages, zwei Monate nach der Verletzung, hat sich K. dann erhängt. Im Krankenhaus wurde die Diagnose Gehirncyste gestellt, ohne daß jedoch diese Diagnose begründet wurde. Es war in diesem Falle

ohne Obduktionsbefund unmöglich, Klarheit zu bekommen. Es konnte deshalb auch nur vermutet werden, daß der Unfall eine Hirnerschütterung bedingte, an die sich eine Psychose anschloß und daß diese Unfall-Geisteskrankheit zum Erhängen führte. Vielleicht aber war der Zustand des K. auch durch eine andere krankhafte Veränderung des Gehirns bedingt — wer will das wissen? Die Tatsache jedoch, daß die cerebralen Reizerscheinungen wenig lokalisiert waren, gaben der Ansicht Raum, daß an mehrfachen Stellen der Gehirnoberfläche frei ergossenes Blut einen Druck auf die Hirnrinde ausübte, wie es traumatische Psychosen charakterisiert. Da nun auch der Krankheitsverlauf dem einer traumatischen Psychose entsprach, so konnte wenigstens mit gewisser Wahrscheinlichkeit ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Tod angenommen werden.

Cas. 49. Sch. fiel beim Abspringen von der Straßenbahn auf die Hüfte. Über die direkten Unfallfolgen ist nichts mitgeteilt. Nach einigen Tagen Tod. Die Todesursache war nicht aufgeklärt. Der zugezogene Arzt, der den Sch. aber erst nach dem Tode sah, nahm eine Embolie von der verletzten Stelle her an. Dagegen sprach, daß eine Schwellung des Hüftgelenks, wie sie bei einer Thrombose stets entsteht, nicht vorhanden war. Bei der Angabe des früher behandelnden Arztes, daß der Verstorbene an Arteriosklerose litt, lag die Annahme einer zufälligen Apoplexie oder Herzlähmung nahe. Jedoch konnte dies nur eine Vermutung bleiben. Sicherheit hätte nur die Obduktion geben können.

Cas. 50. Sp. fiel mit einer Bretterlast von $1^1/_2$ Zentnern hin, sodaß die Bretter zum Teil auf ihn zu liegen kamen und ihn bedrückten. Sp. arbeitete darauf noch einige Zeit weiter und meldete sich dann erst krank. Er erhielt darauf Invalidenrente wegen Herzleidens. Gleichzeitig wurde schlechte Verdauung mit Erbrechen, Bronchialkatarrh und Wassersucht der Beine festgestellt. Tod ein Jahr nach dem Unfall. Der ärztliche Befund betreffs Herzleidens war nicht genügend beweisend, um bedenkenlos die Richtigkeit dieser Diagnose anzunehmen. Vielmehr mußte auch die Möglichkeit eines Magenkrebses berücksichtigt werden. Dafür sprach das Erbrechen und die mangelhafte Verdauung, die schon zur Cachexie geführt hatte. Dagegen sprach nicht die Wassersucht der Beine. Als das wahrscheinlichere erschien aber bei der Abwägung der Möglichkeiten der Herztod. Der ursächliche Zusammenhang mit dem Unfall wurde verneint aus folgender Überlegung heraus: Wäre der Unfall erheblicher gewesen und hätte er das Herz irgendwie betroffen, so würde der Verstorbene nicht imstande gewesen sein, die Arbeit, die er bis dahin ausführte, noch einen ganzen Tag lang fortzusetzen. Ein durch einen Unfall geschädigtes Herz macht den Betroffenen sofort aktionsunfähig.

Cas. 51. P. fiel von einem Faß Bier auf den gepflasterten Boden durch eine ungeschickte Bewegung, wie ein Zeuge angab. P. war sofort tot. Aus der Anamnese ging hervor, daß P. Potator war. Es lag deshalb nahe, plötzlichen Herztod oder Apoplexie anzunehmen. Möglich wäre jedoch auch durch den Fall

auf die harten Steine eine Hirnquetschung oder Schädelfraktur gewesen, die alsdann Unfallfolge war. Etwas Sicheres ließ sich aber in dieser Richtung hin aus Mangel an Obduktion nicht feststellen und man war darauf angewiesen, der größeren Wahrscheinlichkeit — gleichgültig, ob sie richtig war oder nicht — den Vorzug zu geben. Demgemäß war anzunehmen, daß der Tod im natürlichen Verlaufe eines alten Leidens an Gehirnblutung oder Herzlähmung infolge von chronischem Alkoholismus erfolgte. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Tod war deshalb weder mit Sicherheit noch mit Wahrscheinlichkeit nachzuweisen.

Cas. 52. R. verunglückte dadurch, daß ihm eine Bohle von einer Kreissäge gegen den Bauch geschleudert wurde und zwar mit solcher Gewalt, daß R. sofort zusammenbrach. Es entstand in der Bauchwand ein Bluterguß, der vereiterte und operativ eröffnet werden mußte. Nach $1^1/_2$ Jahren plötzlicher Tod. Die Ursache ist nicht bekannt. Das nächstliegende war, bei dem fettleibigen Manne, der früher schon einmal nach Ausweis des Krankenbuches wegen Herzbeschwerden behandelt war, eine Herzlähmung als Todesursache anzunehmen. Das Gutachten nahm diesen Standpunkt ein. Es hätte jedoch natürlich auch eine andere Krankheit den Tod bewirken können, z. B. das Platzen eines Aneurysmas der Aorta abdominalis, wie es sehr wohl durch den Unfall entstanden sein konnte. Ohne Obduktion konnte man aber hier zu keiner Sicherheit gelangen.

Cas. 53. L. hob wie gewöhnlich eine Lowry ins Geleise. Er will hinterher Kreuzschmerzen gehabt

und sich nicht wohl gefühlt haben. Er arbeitete aber weiter. Am Abend desselben Tages fiel angeblich der Frau des L. auf, daß ihr Mann huste. In der folgenden Nacht fing L. plötzlich an zu röcheln und zu rasen« und verstarb dann. Der herbeigeholte Arzt, der nur noch den Tod feststellen konnte, nahm als Todesursache eine Apoplexie an, da er den L. schon früher einmal wegen einer Apoplexie behandelt hatte, und erhebliche Arteriosklerose bestand. Die Begründung dieser Diagnose ist nicht gerade sehr beweiskräftig. Denn wenn jemand einmal eine Apoplexie gehabt hat, so ist es doch noch nicht nötig, daß er eine zweite bekommt und daß er an dieser stirbt. Immerhin wäre es ja möglich. Jedoch sprach dagegen, daß keine Hirnsymptome, wie Kopfschmerz, Schwindel, Lähmungserscheinungen seit dem Unfall bestanden. Überblickt man die Krankheitsgeschichte, so wenig auch davon bekannt ist, so hat die Vermutung, daß L. vielleicht an einer Pneumonie starb, noch am meisten für sich. Da das Hineinheben der Lowry in das Geleise eine gewöhnliche Arbeit war und auch insbesondere eine Brustquetschung nicht erfolgte, so wurde ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Tod abgelehnt.

Cas. 54. B. klagte beim Anziehen der Netze auf hoher See plötzlich darüber, ihm müsse inwendig etwas geplatzt oder gerissen sein. Er wurde ohnmächtig und arbeitete nachher nicht mehr weiter. Nach drei Tagen erfolgte der Tod. Die Todesursache war weder durch Obduktion noch durch einen Arzt festgestellt. Zunächst kam Lungenzerreißung in Betracht,

dagegen sprach die Tatsache, daß kein Bluthusten auftrat; ferner mußte ein Anfall von Herzschwäche berücksichtigt werden. Diese Annahme wurde jedoch durch die Klagen des B. unwahrscheinlicher, ihm sei »etwas gerissen.« Ein Anfall von Herzschwäche geht nicht mit so starken und charakteristischen Erscheinungen einher. Auch eine Pneumonie wäre möglich. Damit sind die Klagen und der Krankheitsverlauf wohl auch noch am besten zu vereinbaren. Da von einer Durchnässung oder Erkältung auf dem Boote nichts berichtet wird, erfolgte ärztlicherseits die Ablehnung der Ansprüche.*)

Cas. 55. S. wurde von einem Wagen überfahren und zog sich dadurch eine Quetschung der Brust mit Rippenbrüchen zu. Nach einigen Wochen waren die direkten Unfallfolgen beseitigt und S. ging wieder seiner Arbeit nach. Sechs Jahre später Tod. Die Todesursache war unbekannt. Zur Entscheidung der Frage dienten folgende Angaben: Ein halbes Jahr nach dem Unfall war in dem die Unfallrente festsetzenden Gutachten erwähnt, daß die rechte Brusthälfte gegen die linke leicht abgeflacht sei und sich beim Atmen weniger ausdehne. Ferner war S. ein Vierteljahr vor dem Tode kurze Zeit wegen Bronchialkatarrh und Hexenschuß behandelt worden. Ein ernsteres Leiden war bei dieser Untersuchung nicht festgestellt. Die

*) Inzwischen ist der Fall durch die Exhumierung und Obduktion der Leiche geklärt; danach ist der Tod durch Blutung aus einem älteren Magengeschwür erfolgt. Ein ursächlicher Zusammenhang dieses Ereignisses mit der Betriebsarbeit, also ein Betriebsunfall ist vom Ober-Versicherungsamt angenommen.

Zeugen sagten aus, daß S. in der letzten Zeit gehustet habe und seit dem Unfall kränklich sei. Was hat dem S. nun eigentlich gefehlt und woran ist er zu Grunde gegangen? Ohne Obduktion ist hier gewiß keine sichere Entscheidung zu treffen. Nach den Zeugenaussagen sollte man an ein Lungenleiden denken, speziell Tuberkulose. Hiermit vereinigt sich aber nicht gut die Tatsache, daß bei den mehrfachen Untersuchungen des S. zwecks Rentenfestsetzung und Herabminderung derselben nie etwas von Tuberkulose gefunden wurde; ja, sogar ein Vierteljahr vor dem Tode wurde nur Bronchialkatarrh und Hexenschuß festgestellt. Man sollte annehmen, daß, wenn seit dem Unfall, also seit $5^{3}/_{4}$ Jahren, Lungentuberkulose bestand, diese bereits soweit fortgeschritten war, daß sie bei der letzten Untersuchung nicht entgehen konnte. Vielleicht war eben garnicht Tuberkulose die Todesursache, sondern eine andere Krankheit. Die Schwierigkeiten sind hier groß und doch muß entschieden werden. Es wurde in diesem Falle vermutet, daß wahrscheinlich Brustfellverwachsungen vom Unfall her bestanden, die eine mangelhafte Ausdehnungsfähigkeit des Thorax bedingten. Dafür sprach die schon ein halbes Jahr nach dem Unfall gemachte ärztliche Beobachtung, daß die rechte Brustseite leicht abgeflacht sei und sich beim Atmen weniger ausdehne. Nimmt man nun dazu die Zeugenaussagen, so ist bei der Art des Traumas ein Zusammenhang des Unfalls mit dem Tode nicht von der Hand zu weisen.

Cas. 56. T. gab an, vom Gerüst ca. 2 m tief gefallen zu sein und sich dabei die Brust gestoßen zu

haben. Hinterher will er Schmerzen in der Brust und Husten gehabt haben. Eine Bedeutung legte er dem Trauma aber nicht bei. T. arbeitete noch einen Monat weiter und ging dann erst zum Arzt, der nach mehrmaliger Untersuchung den Verdacht auf eine Erkrankung der Gallenblase oder des Blinddarms hatte und den T. deshalb einem Krankenhause überwies. Hier wurde ein Pyopneumothorax festgestellt. Beim Ablassen des Eiters fiel der üble Geruch desselben auf, die Temperatur ließ nicht nach. Einige Tage darauf trat der Tod ein. Was für eine Rolle spielte nun der Unfall dabei? Ohne Obduktion wird man, so verwickelt wie die Sache liegt, kein auch nur annähernd sicheres Urteil gewinnen können. Nach der Krankengeschichte wäre das nächstliegende, die Lunge als das Organ anzusehen, das den Tod verursachte. Es wäre möglich, daß durch das Trauma die Lunge gequetscht wurde und daß dieser gequetschte Lungenbezirk brandig wurde und vereiterte. Auch wäre möglich, daß ein Exsudat oder daß ein pneumonisches Infiltrat allmählich in Eiterung übergegangen wäre. Eine weitere Möglichkeit ergibt sich, wenn man auf die Angabe des zuerst behandelnden Arztes das Hauptgewicht legt. Hiernach müßte man an eine Eiterung in der Bauchhöhle denken, die zum subphrenischen Abscesse führte und dann durch die Spalten des Zwerchfells hindurch in den Brustraum angesogen wurde. Der Eiter in der Brust wäre demnach etwas Sekundäres gewesen. Welche Möglichkeit verdient nun den Vorzug? Das ist nicht leicht zu sagen. Wenn man alles überblickt und bedenkt, daß dem

Unfall zunächst keine Bedeutung beigelegt wurde und T. noch einen Monat weiter arbeitete, so scheint die letztgenannte Möglichkeit noch am meisten für sich zu haben. Dafür spricht auch der Umstand, daß der abgelassene Eiter üblen Geruch hatte und daß die Temperatur nach der Punktion nicht abfiel. In Rücksicht hierauf konnte weder mit Sicherheit noch mit Wahrscheinlichkeit ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Tod angenommen werden.

Cas. 57. B. gibt an, beim Heben eines Baumstammes mit einem Hebel Schmerzen im Leibe bekommen zu haben, die ihn nicht mehr verließen, sondern immer heftiger wurden. Der einzige Augenzeuge bestätigte und ergänzte die Angabe des B., daß dieser beim Anheben eines Baumstammes auf einmal inne gehalten und über Leibschmerzen geklagt habe. Er sei alsdann immer kränker geworden, vorher sei B. ganz gesund gewesen. Drei Tage darauf Tod. Die Krankheitserscheinungen bestanden in Kotbrechen, Aufgetriebensein des Leibes und Aufstoßen. Über den Stuhlgang wird nichts mitgeteilt. In Betracht kam hauptsächlich akuter und chronischer Ileus sowie Peritonitis, ausgehend von einer Perforation oder von einer entzündlichen Affektion eines Bauchorganes, wie Blinddarm, Gallenblase oder Darm. Ohne Obduktion konnte hier eine Differentialdiagnose nicht gestellt werden. Jedoch mußte nach der Aussage des Zeugen R., daß die Krankheit, die in kontinuierlichem Verlaufe zum Tode führte, plötzlich bei starker Anspannung der Bauchpresse entstanden sei, es nicht ungerechtfertigt erscheinen, einen ursächlichen Zu-

sammenhang zwischen Unfall und Tod anzunehmen. Da nun die Aussagen des Zeugen R. nicht einwandfrei erschienen, wurde die eidliche Kontrolle derselben vorgenommen. Dabei stellte sich nun so ziemlich gerade das Gegenteil heraus von dem, was R. früher ausgesagt hatte. Es ergab sich nun, daß B. schon einige Tage vorher über Leibschmerzen geklagt und seinen Mitarbeiter gebeten habe, ihn nach Möglichkeit doch bei der Arbeit zu vertreten. B. habe bei der Arbeit nicht plötzlich inne gehalten, sondern nur dabei über Leibschmerzen geklagt. Was die Todesursache nun auch sein mochte, ein zeitlich umschriebenes Ereignis, wie es der Unfallbegriff fordert, konnte nicht angenommen werden. Man sieht hier, daß der ärztliche Sachverständige aus Mangel an verwertbaren medizinischen Unterlagen bei der Entscheidung rechtliche Gesichtspunkte in den Vordergrund zu schieben genötigt ist.

Cas. 58. Sch., 54 Jahre, Potator strenuus, erlitt einen Oberschenkelbruch. Der Bruch lag etwa in der Mitte des Oberschenkels. Er war mit erheblichem Blutaustritt bis in die Haut der Unterbauchgegend und des Hodens verbunden. Nach einem Vierteljahr war der Bruch mit einer Verkürzung des Beines verheilt. Sch. konnte stehen und lernte allmählich auch gehen, doch fühlte er sich immer schwach und konnte seine Arbeit nicht mehr aufnehmen. Es dauerte auch nicht lange, da mußte Sch. wieder zu Bett, weil er sich immer elender und schwächer fühlte. Die Klagen bestanden in Appetitlosigkeit und Erbrechen. Der hinzugezogene Arzt untersuchte den Verdauungstraktus,

fand aber nichts besonderes, jedoch fiel eine gewisse Abmagerung auf. Über den Zustand des Herzens und Gefäßsystems wurde nichts mitgeteilt. Es ist deshalb fraglich, ob diese untersucht wurden. Denn es ist doch als sicher anzunehmen, daß der langjährige Alkoholmißbrauch seine schädliche Wirkung auf diese Organe ausgeübt hatte. Der Zustand des Sch. wurde immer schlechter trotz der eingeleiteten Behandlung. Die Temperatur stieg fieberhaft an, die Zunge wurde trocken und war mit dickem, braunrotem Schleim bedeckt, der Leib etwas aufgetrieben und überall schmerzhaft. Schließlich erfolgte der Tod ein halbes Jahr nach dem Unfall. — Weshalb erholte sich Sch. nun nicht mehr seit dem Unfall und welche Krankheit führte zum Tode? Es bestehen da die verschiedensten Möglichkeiten. Da Sch. Potator war, hätte sehr wohl das lange Krankenlager das jedenfalls doch geschädigte Herz soweit schwächen können, daß allmählich die Herzkraft erlahmte. Erbrechen und Appetitlosigkeit ließen sich damit auch gut vereinigen; denn diese Erscheinungen sind bei Säufern nichts Seltenes. Jedoch standen bei der Krankheit die Symptome seitens der Verdauungsorgane im Vordergrunde. Man wird deshalb auf dem Wege der Vermutung hier wohl am weitesten kommen. Die Angaben, der ganze Leib war aufgetrieben, überall bestand Schmerzhaftigkeit, Temperatur fieberhaft erhöht, Erbrechen, — diese Symptome ließen wohl den Verdacht einer chronischen Bauchfellentzündung zu. Ob diese nun spezifischen Charakter hatte, z. B. carcinomatös oder tuberkulös war, oder ob sie von einer chronischen Appendicitis

ausging, — wer kann das ohne Obduktion genau wissen? Wenn man die mitgeteilten Krankheitssymptome wieder anders gruppiert und das Hauptgewicht auf Erbrechen, Appetitlosigkeit, Abmagerung, die von Anfang an konstantesten Symptome legt, so muß man hinwiederum an eine Magenerkrankung denken. Da fragt es sich nun wieder: War die Magenerkrankung bloß ein chronischer Magenkatarrh infolge des Alkoholismus und war dieser imstande, durch mangelhafte Ernährung und Schwächung des Individiums schließlich den Tod herbeizuführen? Oder aber lag ein Magenkrebs vor? Wir sehen: durch Variation und Kombination ergeben sich die verschiedensten Möglichkeiten. Welches ist nun aber die richtige? Das läßt sich nicht sagen. Eine Obduktion hätte mit einem Schlage Klarheit geschaffen. Doch so bleibt es dem persönlichen Geschmack überlassen, dieser oder jener Möglichkeit die höhere Wahrscheinlichkeit zuzuerkennen. Es wurde schließlich in diesem Falle vermutet, daß ein Magenkrebs zum Tode führte, der mit dem Unfall nicht in Zusammenhang stehe. Die Gründe dafür anzuführen würde zu weit führen, zumal es hier ja hauptsächlich darauf ankommt, zu zeigen, welche Schwierigkeiten der Mangel der Obduktion entstehen läßt.

Cas. 59. Der Pumpenarbeiter E. erkrankte plötzlich schwer mit hohem Fieber. Da Typhusverdacht bestand, wurde die Überführung in das Krankenhaus veranlaßt. Der Befund war ziemlich negativ. Die Blutuntersuchung fiel negativ aus. Es bestanden lediglich hohes Fieber und meningitische Symptome. Einen Tag nach der Einlieferung in das Krankenhaus

erfolgte der Tod. Die Witwe des E. erhob nun Hinterbliebenenansprüche, indem sie geltend machte, ihr Mann sei an Typhus gestorben, er habe die Krankheit aus einem auf der Arbeitsstätte befindlichen verseuchten Brunnen. Bei der Begutachtung ergab sich nun zunächst natürlich die Frage, an welcher Krankheit denn E. gelitten habe. Eine schwere Krankheit, die mit hohem Fieber und meningitischen Erscheinungen einhergeht, — das sind die einzigen bekannten Symptome, mit denen operiert werden muß. Die Zahl der vorhandenen Möglichkeiten ist hier eine außerordentlich große. Die wichtigsten sind Typhus, Miliartuberkulose, Pneumonie, Meningitis und Pyämie. Wenn man bedenkt, wie schwierig es überhaupt ist, hier eine Differentialdiagnose zu stellen, so ist es von vornherein ausgeschlossen, aus den dürftigen Angaben zu einem bestimmten Resultat zu kommen. Es konnte im vorliegenden Falle nur darauf hingewiesen werden, daß alle Mitarbeiter des E. aus dem fraglichen Brunnen ungekochtes Wasser getrunken hatten, ohne daß einer erkrankte. Setzt man nun den Fall, daß E. wirklich an Typhus gestorben ist, so erscheint es doch nicht gerade wahrscheinlich, daß E. die Typhuskeime aus dem Brunnen bekommen hat. Denn wäre dieser wirklich ein Typhusherd gewesen, so würden jedenfalls doch noch mehrere Arbeiter an Typhus erkrankt sein. Der letztere Schluß ist jedoch nicht absolut beweisend, denn wir wissen, daß zu dem Zustandekommen einer Infektion außer den Bazillen auch eine gewisse Disposition gehört. Es wäre ja nun möglich, daß E. der einzige war, der diese hatte. Dies erscheint

aber unwahrscheinlich. Aus diesen Gründen war weder mit Sicherheit noch mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß der Tod des E. mit dem Genusse des fraglichen Brunnenwassers in ursächlichem Zusammenhang stand.

Cas. 60. K., 21 Jahre, knickte beim Überschreiten des Rinnsteines mit dem Fuß um und hatte darnach Schmerzen im Fußgelenk. Eine äußere Verletzung bestand nicht. K. arbeitete noch einige Tage weiter, blieb dann aber zu Hause, da der Fuß zu sehr angeschwollen war und zu große Schmerzen bereitete. Der behandelnde Arzt berichtete folgendes: Es bildete sich eine teigige Vorwölbung vor dem geschwollenen Fußgelenk, sodaß die Annahme eines Abscesses nahe lag, zumal sich erhebliches Fieber einstellte. Die Herztätigkeit war stark beeinträchtigt. Schließlich wurden auch andere Gelenke ergriffen und K. starb plötzlich 17 Tage nach dem Unfall. Was dem Verstorbenen eigentlich gefehlt hatte, war nicht ganz klar. Die Annahme eines Gelenkrheumatismus war natürlich naheliegend, doch fehlte zunächst das Charakteristische der Polyarthritis rheumatica, nämlich die Schmerzen und Schwellung mehrerer Gelenke. Vielleicht aber wurde den Affektionen der anderen Gelenke zuerst keine Bedeutung beigelegt, so daß sie vom behandelnden Arzt übersehen wurden. Jedenfalls war der Fall keinesfalls eindeutig und mußte man hier auch an Pyämie denken, die ja auch derartige Gelenkschwellungen macht und mit hohem Fieber einhergeht. Auch mußte man an eine gonorrhoische Gelenkaffektion denken, um so mehr, als zunächst doch nur ein Gelenk be-

fallen war. Auch Typhus kann unter dem beschriebenen Bilde verlaufen. Die häufigste von diesen Erkrankungen ist der Gelenkrheumatismus. Er wurde denn auch als wahrscheinliche Todesursache angenommen und ein Zusammenhang deshalb ausgeschlossen.

Cas. 61. F. quetschte sich beim Reiten eine Wade an einem Baum. Im Anschluß daran entwickelte sich eine Venenthrombose, die durch das Becken hindurch auch auf das andere Bein übergriff. Es blieb eine hartnäckige Schwellung beider Beine und Krampfaderbildung zurück, deretwegen F. operiert wurde. Drei Jahre darauf bestand trotz der Operation und des Tragens von Gummistrümpfen immer noch eine Schwellung. Am linken Unterschenkel fand sich sogar ein kleines Geschwür. Ein Jahr darauf ist F. dann ziemlich plötzlich unter Magen-Darmerscheinungen gestorben. Der behandelnde Arzt nahm als Todesursache eine Embolie von den verstopften Venen her an. Diese allerdings vorhandene Möglichkeit mußte aber bei kritischer Durchsicht der Krankengeschichte in den Hintergrund treten. Sechs Tage vor seinem Tode nämlich konsultierte F. den Arzt wegen Magenbeschwerden, die F. auf einen Diätfehler einige Tage zuvor (eine Büchse Ölsardinen gegessen) zurückführte. Im Laufe der nächsten Tage stellten sich Erbrechen und Durchfall ein. Das Erbrochene wurde blutig, ebenso stellten sich auch blutige Stühle ein. Die Magendarmerscheinungen wurden immer heftiger und sechs Tage nach Beginn der Erkrankung trat dann der Tod ein. Hiernach wird eine Konservenvergiftung wahrscheinlich. Es wäre aber auch möglich gewesen, daß

die Bauchfellentzündung, die offenbar bestand, sich spontan entwickelte oder vom Blinddarm ausging, zumal, wie sich später herausstellte, die Frau und die Kinder, die auch von den Sardinen gegessen hatten, nicht erkrankten. Immerhin war die Konservenvergiftung vermutlich die wahrscheinlichere Todesursache und es wurde deshalb weder mit Sicherheit noch mit Wahrscheinlichkeit ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Tod angenommen. Es war sehr zu bedauern, daß gerade hier ein Obduktionsbefund nicht erhoben wurde. Es wäre ja dann auch möglich gewesen, durch eine bakteriologische Untersuchung die Diagnose einer Fischvergiftung einwandfrei zu liefern.

Cas. 62. B., 70 Jahre, erlitt dadurch einen Unfall, daß er von einer hinter ihm her kommenden Lowry einen Pufferstoß gegen die linke Schulter erhielt. Der zuerst behandelnde Arzt gab an, daß er den Verletzten besinnungslos antraf. Die Schulter sei geschwollen und gerötet gewesen. Der Heilungsprozeß habe lange Zeit in Anspruch genommen. B. sei seitdem zu schwach zu irgend einer Arbeit gewesen. Der Geisteszustand habe sich allmählich verschlechtert. B. sei zwar nach dem Unfall wieder zu Bewußtsein gekommen, doch habe er nie mehr klaren Verstand erlangt. Der Tod, der zwei Jahre nach dem Unfall erfolgte, sei durch Gehirnlähmung eingetreten. Man müsse deshalb den Tod als Unfallfolge bezeichnen. Dieser Arzt nahm also eine Verletzung des Gehirns durch die beim Unfall erlittene Körpererschütterung an. Ein anderer den B. nach dem Unfall behandelnder Arzt stellte erhebliche

Arteriosklerose fest und meinte, der Tod sei jedenfalls im natürlichen Verlaufe dieser Krankheit durch Hirnblutung eingetreten, also nicht Unfallfolge. Was ist nun richtig? Eine Obduktion hätte sofort richtig entscheiden lassen. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Tod konnte weder mit Sicherheit noch mit Wahrscheinlichkeit nachgewiesen werden. Es erschien eben wahrscheinlicher, daß der 70jährige E. an den Folgen einer allgemeinen Gefäßerkrankung zu Grunde gegangen war, als daß ein von dem Unfall herstammendes Hirnleiden allmählich in zwei Jahren zum Tode führte. Die von dem zuerst behandelnden Arzte beobachteten Hirnsymptome werden wohl mehr Alterserscheinung gewesen sein als Unfallfolge.

Cas. 63. P., 60 Jahre, stieg auf ein Gerüst von $1^1/_2$ m Höhe. Als er oben angelangt war, bemerkte sein Mitarbeiter, daß P. schwindelig wurde und taumelte. Gleich darauf stürzte P. auch schon vom Gerüst herab. Die Erde darunter war ziemlich hart getreten. P. war leblos, kam aber bald wieder zur Besinnung und klagte dann über Stiche im Kreuz und über heftige Schmerzen. Er wurde nach seiner Wohnung gebracht, wo er in der darauf folgenden Nacht starb. Welches war nun die Todesursache? Eine sofort vorgenommene Sektion hätte hierüber zweifellos Klarheit verschafft. Eine Obduktion wurde aber erst ausgeführt, nachdem die Leiche fünf Sommermonate in der Erde gelegen hatte. Diese ergab im wesentlichen wegen der zu weit vorgeschrittenen Fäulnis ein non liquet. Der Gutachter war also wegen dieses Versehens wieder auf Vermutung

angewiesen. Was konnte nun alles nicht den Schwindel aufgelöst haben, infolgedessen doch schließlich der Tod erfolgte? Vielleicht Arteriosklerose der Hirnäste oder Herzschwäche oder aber eine beginnende Infektionserkrankung, die sich ja oft zuerst in Schwindel und Schwäche bemerkbar macht, oder gar eine Ohrerkrankung. Wer kann das nachträglich sicher entscheiden, wenn ihm kein guter Obduktionsbefund zur Verfügung steht? Man muß hier eben, so gut es geht, kombinieren und vermuten. Man muß dann eben sagen, aus irgend einer Ursache, möglicherweise aus einer Altersveränderung des Herzens hat P. einen Anfall von Schwindel auf dem Bau erlitten. Er hat sich von diesem Sturz soweit erholt, daß er nach Hause gehen konnte. Die zum Schwindelanfall führende Krankheitsursache wirkte aber nicht nur fort, sondern erlitt durch den Sturz zugleich auch noch eine nicht wesentliche Verschlimmerung. Ohne den Unfall hätte sich P. wahrscheinlich wieder erholt. Der Sturz aber schwächte das zum Schwindelanfall führende erkrankte Organ derart, daß die Lebensfunktionen damit überhaupt nach wenigen Stunden aufhörten. Aus diesen Gründen ergibt sich das Schlußgutachten: P. erlitt wahrscheinlich infolge irgend welcher Altersveränderungen einen Schwindelanfall. Es ist mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß dieser Schwindelanfall auf das von Altersveränderungen heimgesuchte und infolgedessen erkrankte Organ in einer Weise schädigend einwirkte, daß dadurch der Tod hervorgerufen wurde.

Am Schlusse dieses Abschnitts angelangt, hat derjenige, der öfters Gelegenheit hat, ärztliche diesbezüg-

liche Gutachten zu lesen, den Eindruck, daß hier übertrieben wird, daß die Verhältnisse meist doch klarer liegen, als hier geschildert wurde. Das ist aber in Wirklichkeit nicht der Fall, wenn man bedenkt, daß der ärztliche Sachverständige in seinem Gutachten, das für Laien bestimmt ist, nicht alle Möglichkeiten und Schwierigkeiten erörtern wird. Ganz im Gegenteil — er ist bemüht, den unklar liegenden Fall nach Möglichkeit zu vereinfachen und einen bestimmten Standpunkt einzunehmen, was ja auch von ihm gefordert wird. Würde dies nicht notwendig sein, so müßte er nur allzu oft in der vorliegenden Frage ein non liquet sprechen. An dieser Stelle sollen aber einmal die Schwierigkeiten in den Vordergrund gebracht werden, die sich in den Weg stellen, wenn der Sachverhalt nur lückenhaft festgestellt, insbesondere, wenn eine Obduktion nicht gemacht ist. Das ist hier der Zweck der Sache.

Nachdem nun die verschiedensten Fälle kurz skizziert sind, entsteht die Frage, was diente zur Klarstellung des Unfalles in vorliegenden Beispielen im allgemeinen und was im besonderen und welches waren die wesentlichen Momente dabei?

Zunächst kommt hier die Unfallanzeige in Betracht. Diese wurde im vorliegenden Material mit Ausnahme von drei Fällen, in denen sie erst zwei bezw. drei Monate nach dem Tode erfolgte, meist sofort oder doch nur kurze Zeit nach dem Unfall erstattet, ein Zeichen daß die Kenntnis der Arbeiterversicherung bereits in den beteiligten Kreisen festen Fuß gefaßt hat. Dagegen ließ der Inhalt der Unfallanzeige ver-

schiedentlich noch zu wünschen übrig, sei es nun, daß der verletzte Körperteil nicht bezeichnet war, oder daß sich später erst auf umständlichem Wege herausstellte, daß ein Unfall im Sinne des Gesetzes überhaupt nicht stattgefunden hatte.

Als nächste Beweisquelle sind die Zeugen zu nennen. Diese erweiterten die Angaben der Unfallanzeige über den Verlauf und Hergang der Verunglückung, so daß vielfach erst hierdurch ein klares, verwertbares Bild entstand. Eine wesentliche höhere Bedeutung kam ihnen aber dann zu, wenn es galt, etwas über den Gesundheitszustand vor dem Unfall oder aber über den Krankheitsverlauf bei mangelnder ärztlicher Beobachtung zu erfahren. Hierdurch kam in einer Reihe von Fällen den Zeugen ausschlaggebende Bedeutung bei der Entscheidung zu. Typisch in dieser Beziehung sind die Fälle von Tuberkulose. In diesen Fällen waren mehrere Zeugen vorhanden; viel bedenklicher wird jedoch eine solche Rechtsprechung natürlich noch, wenn nur ein Zeuge vorhanden ist.

In den meisten Fällen aber waren ärztliche Beobachtungen das ausschlaggebende Moment, weniger, daß dieselben besonders dazu geeignet waren, als daß vielmehr eine bessere Quelle nicht bestand. Hieraus ergaben sich für den Obergutachter wesentliche Anhaltspunkte für die Feststellung der Todesursache und für die Körperbeschaffenheiten vor und nach dem Unfall.

Besonders wichtig ist die Kenntnis des Gesundheitszustandes, wenn der Unfall mit dem Tode zusammenfällt. Häufig konnte bei vorhandener ärztlicher Beobachtung des Verstorbenen, die zum Teil

erst durch Anfrage bei der zugehörigen Kasse ermittelt wurde, nachgewiesen werden, daß der Tod im natürlichen Verlauf der Dinge sich ereignete, daß das Zusammenfallen von Tod und Arbeit Zufall war. Von besonderer Bedeutung wurde daher die ärztliche Untersuchung vor dem Unfall bei Herzkranken. Ferner ist die ärztliche Untersuchung vor dem Unfall von besonderem Wert bei allen den Krankheiten, die latent verlaufen können. Der Zeuge würde, wie oben ausgeführt, dann aussagen, daß der Betreffende bis zum Unfall gesund war.

Ferner spielte der ärztliche Krankenbericht dann eine große Rolle, wenn es sich darum handelte, ob bei einer Pneumonie der Auswurf früh oder spät blutig wurde, ob der aus der gequetschten Brust abgelassene Eiter stinkt oder nicht, ob und wo eine äußere Verletzung statt hatte, welcher Art diese war, wann die Wundheilung erfolgte; alle diese Fragen wurden bei vorliegenden Fällen höchst aktuell. Die Diagnose der Todesursache wurde in der Mehrzahl der Fälle durch den behandelnden Arzt so gestellt, daß sich der Obergutachter dieser Diagnose anschließen konnte. In einer ganzen Reihe von Fällen waren aber die Angaben der früheren Gutachter wenig verwertbar, ja, zum Teil irrig. So wurden die Folgen einer Schulterquetschung in dem ersten Gutachten eines Arztes zunächst als ziemlich belanglos bezeichnet, während derselbe Arzt in einem zweiten Gutachten, in dem er erst eine Quetschung des Kopfes erwähnt, angibt, daß ein Defekt der Hirntätigkeit als Unfallfolge zurückgeblieben sei. Eine Substantiierung dieser Diagnose wird nicht

gegeben. Ein anderer Arzt schließt auf Apoplexie als Todesursache allein aus dem Umstande, daß der Verstorbene vorher an Arteriosklerose von ihm behandelt wurde. Solche Angaben waren natürlich unverwertbar.

Es fanden sich aber auch bei Durchsicht der Gutachten Ansichten vertreten, die aus medizinischen Gründen überhaupt nicht möglich waren. So nahm ein Gutachter als Todesursache bei Phlebitis eine arterielle (!) Thrombose an. Oder aber es wurde behauptet, daß bei Quetschung der linken Brustseite eine spätere rechtsseitige Pneumonie mit der Quetschung in Zusammenhang stehe. Einen Contrecoup gibt es aber nur bei Gehirnverletzungen. Die Beispiele ließen sich noch vermehren, nicht zum Ruhme unseres Standes.

Die bisher aufgeführten Faktoren für die Klarstellung des Unfalls übertrifft nun an Bedeutung zweifelsohne die Obduktion. Sie wurde 22 mal ausgeführt, also in einem Prozentsatz von 34. Dabei wurde 4 mal die Exhumierung vorgenommen, 1 mal zu spät, 2 mal wurde diese vorgeschlagen, aber nicht ausgeführt, 1 mal wurde eine Wasserleiche obduziert, 4 mal wurde die Obduktion von den Hinterbliebenen verweigert. So oft die Obduktion gemacht wurde, ergab sich die Entscheidung meist ganz ungezwungen ohne erheblichere Schwierigkeiten und zwar meist mit Sicherheit oder doch an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit. Fälle, die vorher unklar lagen, wurden durch die Obduktion auf einmal ganz übersichtlich, wie Fall 1, 7, 12, 25, 26, 29, 39. Hierbei hat die

Obduktion zweifelsohne am meisten klärend gewirkt. Auch wenn die Leichenöffnung erst nach der Ausgrabung vorgenommen werden konnte z. B. Fall 1, 4 und 7. Was hätte die Obduktion nun aber leisten können, wenn sie in jedem Falle ausgeführt wurde? Jene ganze Gruppe, bei der das Urteil vorwiegend vermutungsweise abgegeben werden mußte, hätte, wenn man sich die Fälle daraufhin einzeln ansieht, fast ganz vermieden werden können. Aber auch diejenigen Fälle, die trotz guter ärztlicher Beobachtung und Zeugenaussagen nicht ganz klar waren, hätten durch eine Obduktion zum großen Teil sicher entschieden werden können: Cas. 2, 15, 16, 18, 20, 23, 24, 30, 36. Voraussetzung ist natürlich, daß die Obduktion rechtzeitig vorgenommen wird. Cas. 63. Bei der Bestimmung, ob eine Obduktion noch anzuraten ist oder nicht, sind folgende allgemeine Gesichtspunkte zu berücksichtigen. Im Sommer geht die Verwesung schneller vor sich als im Winter, im feuchten Boden wieder schneller als im trockenen. Ferner kommt es darauf an, wo die Leiche vor der Beerdigung aufbewahrt und wieviel Tage nach dem Tode sie begraben wurde. Auch ist das Material des Sarges zu berücksichtigen. Eine Leiche im Zinksarge hält sich länger als eine solche im Holzsarge. Wichtig ist ferner die Krankheit, an der der Verunglückte starb. Infektionskrankheiten, besonders Pyämie, begünstigen die Verwesung. Krebsknoten sind häufig noch lange deutlich wahrnehmbar. Bei der häufigen Frage der Apoplexie können, wenn diese auch nicht mehr nachweisbar ist, so doch aus dem Zustand des Gefäß-

systems noch längere Zeit nachher Schlüsse gezogen werden.

Wenn nun auch die Obduktion am meisten geeignet ist, die Todesursache aufzudecken, so muß doch auch darauf hingewiesen werden, daß es Fälle gibt, in denen der Obduktionsbefund in dieser Beziehung nichts besonderes beweist. Ich verweise hier auf die in der Zeitschrift für Medizinalbeamte 1908 p. 272 und 1910 p. 522 veröffentlichten Sektionen mit negativem Obduktionsbefunde. Immerhin sind dies Ausnahmefälle. In vorliegenden Fällen war die Obduktion 2 mal negativ hinsichtlich der Todesursache. Allerdings waren hier die äußeren Umstände dafür verantwortlich zu machen. Das eine Mal erfolgte die Obduktion zu spät, Cas. 63. Das andere Mal handelte es sich um eine fünftägige Wasserleiche. Es sollte hier festgestellt
64 werden, ob der Tod eines Getreideträgers, der von einem schmalen Dampfersteg ins Wasser stürzte, durch Ertrinken oder Schlagfluß entstanden sei. Die Obduktion ließ keine bestimmte Todesursache erkennen. Zeichen für eine Apoplexie wurden nicht gefunden, andererseits war nichts auffindbar, was gegen den Tod durch Ertrinken sprach.

Wenn auch die Obduktion, wie in den beiden letzten Fällen, negativ hinsichtlich der Todesursache ausfiel, so ist jedoch damit ihr Wert hinsichtlich der zu entscheidenden Frage, ob der Tod Unfallfolge ist keineswegs indifferent. Die Obduktion hat auch hier große Bedeutung, die darin liegt, daß von den vorhandenen Möglichkeiten eine Reihe auf Grund des wenn auch negativen Befundes ausgeschlossen werden

kann. Die Zahl der vorhandenen Möglichkeiten wird hierdurch verringert und es ist unter den bleibenden Möglichkeiten die wahrscheinlichere leichter und sicherer feststellbar. Somit kann aus den oben angeführten Beispielen und der Literaturangabe keineswegs ein Beweis dafür als erbracht angesehen werden, daß die Obduktion nicht immer einen wesentlichen Beitrag zur Klarstellung des Unfalles liefere. Vielmehr muß die Forderung gestellt werden, daß nach dem Grundsatz der möglichst objektiven Rechtssprechung die Obduktion bei vorhergegangenem Unfall obligatorisch wird. Wie steht es aber nun mit den Bestimmungen über die Obduktion? Im Ministerialerlaß vom 3. Oktober 1903 sind über die Eröffnung von Leichen bei Unfalluntersuchungen nachstehende Bestimmungen getroffen: Zur Klarstellung des Unfalls kann im Falle der Tötung die Leichenöffnung und, sofern die Beerdigung des Verunglückten bereits stattgefunden, die Ausgrabung der Leiche erforderlich werden. Die Ortspolizeibehörden haben daher schon von Amts wegen auf Grund der erwähnten Bestimmungen (§ 64 der Gewerbeordnung) die Frage nach der Notwendigkeit der Ausgrabung und Öffnung der Leiche, namentlich aber, wenn eine solche von den Hinterbliebenen beantragt wird, zu prüfen und erforderlichenfalls die Obduktion herbeizuführen. Auf Ersuchen des Vorstandes einer Berufsgenossenschaft oder einer Sektion sind die Ortspolizeibehörden jedoch verpflichtet, die Öffnung und Ausgrabung der Leiche des Verunglückten in die Wege zu leiten. Man sollte meinen, daß nach diesem Ministerialerlaß die Polizeibehörden

recht oft dazu kämen, Obduktionen von Leichen Unfallverletzter vornehmen zu lassen. Aber dies ist tatsächlich nicht der Fall. Die Sektion II der Knappschaftsberufsgenossenschaft hat zu diesem Thema eine Denkschrift ausarbeiten lassen; in derselben wird festgestellt, daß die genannte Berufsgenossenschaft im Jahre 1903 44 Obduktionen veranlaßt hat, während die staatlichen Behörden seit dem Bestehen der Unfallversicherung im Bezirke dieser Sektion niemals eine Leichenöffnung in die Wege leiteten. Und wie hier, so ist es auch anderswo. Fälle, in denen die Ortspolizeibehörde die Leichenöffnung eines Unfallverletzten veranlaßt hat, sind kaum je bekannt geworden. Es ist deshalb notwendig, daß der Gesetzgeber eindeutige und schärfere Bestimmungen hinsichtlich der Obduktion Unfallverletzter erläßt. Von der Gesetzgebung ist in dieser Beziehung vorläufig jedoch wohl nicht viel zu erwarten und es wäre töricht, solange mit der Ausführung dieser Maßnahme zu warten. Denn wie aus diesen Zusammenstellungen hervorgeht, ist die Obduktion das beste und zum Teil einzige Mittel, um einen Unfall klarzustellen. Ja, es kann weiter gesagt werden, daß die Obduktion, stets durchgeführt, für die Berufsgenossenschaften einen pekuniären Vorteil bedeutet. Denn gesetzt den Fall, es wäre in den oben mitgeteilten 42 Fällen ohne Autopsie jedesmal die Obduktion ausgeführt worden, so würden sich die Kosten, wenn die Berufsgenossenschaften jedesmal die Obduktion durch die Ortspolizeibehörden in die Wege leiten ließen, für jede Obduktion durchschnittlich auf 30 Mark stellen, also insgesamt auf 1260 Mark. Bei Durchsicht der anerkannten Fälle

erscheint es mir sicher, daß es weniger sein könnten, wenn die Obduktion stets gemacht wäre. Ich denke dabei hauptsächlich an die in 75 % anerkannten Tuberkulosefälle und an die beiden lediglich auf Grund von Zeugenaussagen anerkannten Fälle von Pneumonie Cas. 45, 46. Gesetzt nun den Fall, es wäre auch nur eine Rente weniger, — in Wirklichkeit, davon bin ich überzeugt, würden es wohl mehr sein, — so würden sich 1260 Mark und eine Hinterbliebenenrente mit dem Sterbegelde von mindestens 50 Mark gegenüber stehen. Die Rente beträgt nun ein Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes für die Witwe bis zum Tode und für jedes Kind bis zum 15. Lebensjahre. Ich nehme an, der Unfall trifft einen Mann, der 1500 Mark pro Jahr verdiente. Er hinterläßt eine Frau und zwei versorgungspflichtige Kinder. Die Berufsgenossenschaft hätte demnach $\frac{3 \cdot 1000}{5}$ zu zahlen, d. h. 600 Mark jährlich. Wird diese Rente auch nur $2\frac{1}{4}$ Jahr lang gezahlt, so übertrifft sie schon die Kosten für die in jedem Falle durchgeführte Obduktion. Dies Rechenexempel beweist zur Genüge, welches Vorteil es sich die Berufsgenossenschaft begibt, wenn sie die Obduktion verabsäumt. Der Einwand, daß die Rentenansprüche öfters abgewiesen würden aus Beweismangel, wenn die Obduktion unterblieb, ist nicht stichhaltig, wenn man bedenkt, daß in zweifelhaften Fällen das Unterlassen der Obduktion stets zu Ungunsten der Berufsgenossenschaft ausgelegt wird.

Das letztere sollte auch für die Hinterbliebenen gelten, wenn sie die Obduktion verweigern. Jedoch stellt sich das Reichs-Versicherungsamt bedauerlicher-

weise nicht auf diesen Standpunkt. In der Monatsschrift für Unfallheilkunde 1912 Nr. 1 werden in einem Referat von *Erwin Frank* die Ausführungen des Reichs-Versicherungsamts über diesen Gegenstand wörtlich mitgeteilt: »Die Zweifel über die Natur der Krankheit und den ursächlichen Zusammenhang hätten allerdings wahrscheinlich beseitigt werden können, wenn die Angehörigen des Verstorbenen die Ausgrabung und Öffnung der Leiche gestattet hätten. Das Rekursgericht hat aber im gegenwärtigen Falle aus der Weigerung keinen ungünstigen Schluß gegen den Anspruch der Kläger gezogen. Zwar ist unter Umständen in Fällen, in denen die Berufsgenossenschaft die Leichenöffnung nicht veranlaßt hat, zu Ungunsten der Berufsgenossenschaft die Vermutung für berechtigt erachtet worden, daß der Tod Unfallfolge sei. Die gegenteilige Vermutung kann jedoch nicht ohne weiteres gegen die Angehörigen Platz greifen, die die Obduktion verweigern. Denn die Verhältnisse liegen nicht auf beiden Seiten gleich. Während die Berufsgenossenschaft von der sachgemäßen Prüfung des Falles durch nichts abgehalten wird, stehen die Angehörigen unter dem der ruhigen Überlegung entgehenden Einfluß der mit dem Todesfalle verbundenen Aufregung und der Pietät gegen den Toten. Hierauf muß Rücksicht genommen werden. Es ist aber anzunehmen, daß auch im vorliegenden Falle die Angehörigen unter solchem Einfluß gestanden haben«. Diese Stellungnahme wird die ernstesten ärztlichen Bedenken auslösen müssen. Denn es ist doch klar, daß jeder, der eine Rechtsentscheidung fordert, auch alle Mittel zur Verfügung stellen muß, die geeignet

sind, die fragliche Sache zu klären. Wenn es überall so ist, warum hier nicht? Außerdem ist es naheliegend, daß die Hinterbliebenen oft nur deshalb die Obduktion verweigern, um die Sache zu verschleiern in der Absicht, sich hierdurch bessere Chancen für die Rente zu verschaffen. Abgesehen von dem bisher Angeführten muß wie überall doch auch hier das Ideal jeder Rechtsprechung, die objektive Rechtsfindung, nach Möglichkeit angestrebt werden. Die Obduktion ist nun die objektivste Beweisquelle in der vorliegenden Frage. Ist der Unfall nicht hinreichend klargestellt, so tritt an Stelle der sachlichen Begründung des Gutachtenurteils nur zu oft die Vermutung, die mehr oder minder subjektiven Charakter tragen muß. Der Spielraum der Ansichten, der ohnehin schon durch den mangelhaften Tatbestand weit begrenzt ist, wird noch weiter durch das persönliche Moment des Gutachters, das ja überall vorhanden, in diesen Fällen jedoch naturgemäß noch an Bedeutung gewinnt. Der eine Arzt läßt sich eben mehr vom humanen Gesichtspunkt leiten, während der andere streng auf objektivem Boden bleibt. Das letztere sollte allerdings für jeden Arzt, wenn er gerichtlicher Sachverständiger ist, allein maßgebend sein. Es scheint hierin eine gewisse Härte zu liegen; auch wenn man erfährt, daß die Rentenansprüche in vorliegenden Fällen in 73 % als unbegründet abgewiesen werden mußten. Dem muß aber gegenüber gehalten werden, daß, wenn die Gesetzgebung in Unfallsachen eine gerichtliche Rechtsentscheidung verlangt, auch hier wie sonst überall in der Rechtspflege nur die Gerechtigkeit: Suum cuique, oberster und leitender

Grundsatz sein muß. Anders würde es sich verhalten, wenn die Unfallkassen Wohlfahrtseinrichtungen wären. Das sind sie nun aber einmal nicht. Nichtsdestoweniger braucht der Arzt, der gerichtlicher Sachverständiger ist, keineswegs seiner hohen Aufgabe, der natürliche Anwalt der Armen zu sein, abbrüchig zu werden, wenn er sich nur bemüht, daß diesen Ärmsten der Armen kein Unrecht widerfährt. Der hohe Prozentsatz der abgelehnten Ansprüche erklärt sich nicht aus der Strenge der ärztlichen Sachverständigen, sondern ganz ungezwungen aus folgender Überlegung. Abgesehen davon, daß es allzu begreiflich ist, wenn sich jemand eine Leibrente verschaffen will, urteilen die Hinterbliebenen doch stets post hoc, ergo propter hoc. So kommt es denn, daß in fast allen Fällen, wo auf der Arbeitsstätte der plötzliche Tod eintritt, naturgemäß auch eine Unfallanzeige gemacht wird, gleichgültig ob ein Unfall vorhanden war oder nicht. Wieviel verschiedene Ursachen kann der plötzliche Tod nun aber haben! Die weiter unten aufgeführte Zusammenstellung wird dies zur Genüge zeigen.

Hinzu kommen noch diejenigen Fälle, in denen der Tod erst gewisse Zeit nach dem Unfall eintritt und der Laie deshalb einen Zusammenhang zwischen Unfall und Tod anzunehmen sich bewogen fühlt, weil er bemerkte, daß der Verstorbene seit dem Unfall nicht mehr recht gesund wurde. In Wirklichkeit handelt es sich nun aber um eine schleichende Krankheit oder, wie es häufig gerade in diesen Fällen ist, um das Alter. Der Unfall, der es ja mit sich bringt, daß die Aufmerksamkeit auf die Gesundheit gerichtet wird, hatte auch diesmal die

Blicke auf den gebrechlichen Körper gelenkt und konstatieren lassen, daß es eigentlich immer schlechter werde. Der Unfall war somit nur ein Markstein auf dem allmählich zum Tode führenden Wege, der aber dem Betroffenen zur Genüge Anlaß gab, die körperlichen Gebrechen zu bemerken. Und diese wollten denn auch nicht mehr besser werden. Die von diesem Standpunkt aus gestellten Rentenansprüche scheinen vom rein menschlichen Standpunkt aus nichts weniger als recht und billig, und doch werden sie zu Unrecht erhoben. Nach welchen Gesichtspunkten urteilt nun der geschulte ärztliche Sachverständige? Zunächst kommt für ihn in Betracht, ob überhaupt ein Unfall vorlag. Das Gesetz gibt in dieser Beziehung keine Definition. Nach der ständigen Rechtsprechung des Reichs-Versicherungsamts, der sich auch das Reichsgericht in seinen Urteilen vom 8. Februar 1898 und 7. Oktober 1901 angeschlossen hat, ist darunter ein über den Rahmen der gewöhnlichen Arbeit hinausgehendes, plötzliches, d. h. zeitlich bestimmbares, in einem verhältnismäßig kurzen Zeitraum abgeschlossenes Ereignis zu verstehen, dessen Folgen für die Gesundheit oder das Leben schädlich sind. Von diesem Gesichtswinkel aus betrachtet mußten 8 % der Ansprüche abgewiesen werden. Meist genügte der Anforderung nicht der Begriff »über den Rahmen der gewöhnlichen Arbeit hinaus.« Wenn auch die Entscheidung hierüber eigentlich mehr dem technischen Sachverständigen zukommt, so muß doch in praxi der ärztliche Sachverständige oft genug damit operieren aus Mangel an medizinischen Unterlagen.

Das nächste, was zur Urteilsfindung notwendig wird, ist die Diagnose der Todesursache. Sie war in vorliegenden Fällen nur in 70 % sicher oder doch sehr wahrscheinlich. Steht nun die Todesursache fest, so ist zu entscheiden, war der Unfall geeignet, den Tod zu bewirken oder ist dieser infolge einer anderen Ursache entstanden? Zunächst war in dieser Beziehung die Frage oft wichtig: Hat das Trauma den Körperteil, von dem der Tod ausging, überhaupt getroffen oder hat eine größere allgemeine Körpererschütterung stattgefunden? War dies nicht geschehen, — und das führte in 18 % zur Ablehnung — so mußte eine andere Ursache festgestellt werden, die den Tod bewirkte. Dabei ist es wichtig zu wissen, welche Ursachen alle denn eigentlich ein plötzlicher Tod ohne wesentliche äußere Verletzung haben kann. Da sind zu nennen, ohne daß diese Zusammenstellung strikten Anspruch auf Vollständigkeit erhebt: Heftige Gemütsbewegung, wie Angst, Schreck, Freude; ferner Fettsucht, Herzkrankheit, Sklerose der Coronararterien; Aneurysma, Hirnapoplexie, Pankreasapoplexie, Embolie der Lungenarterien, Pleuritis, latenter Typhus, Erkrankung der weiblichen Unterleibsorgane, Gravidität, Thymus, Cysticercus im Gehirn, Pneumonie (ambulatoria).

War nun aber die Diagnose der Todeskrankheit nicht bekannt, — und das war in 30 % der Fall, so mußte aus den vorhandenen Möglichkeiten die wahrscheinlichere auf Grund von Kombination und Vermutung festgestellt werden. Wurde nun die Frage, ob der Unfall direkt Todesursache war, verneint, so

mußte auch darauf eingegangen werden, ob derselbe nicht die indirekte Unfallfolge war, d. h. ob der Unfall nicht eine bestehende Krankheit wesentlich verschlimmerte oder aber eine Gelegenheit schuf, die den Tod herbeiführte, z. B. Aufenthalt in der chirurgischen Klinik wegen Beinbruchs mit Tod an Diphtherie infolge dortiger Infektion. Die Frage nach der Verschlimmerung einer vorhandenen Krankheit war nicht leicht zu entscheiden. Des öfteren wurde darin maßgebend, ob der Verstorbene nach dem Unfall denselben Lohn verdiente wie vorher, oder aber die Verschlechterung wurde durch den Nachweis ausgeschlossen, daß das Trauma die erkrankten Organe nicht traf und andererseits die direkte Einwirkung auf den Allgemeinzustand nicht wesentlich sein konnte: geringer Blutverlust, kurzes Krankenlager und ähnliches.

Richtet man sich nach diesen Wegweisern, so muß auch der ungeübtere Gutachter meist zu einem verwertbaren Endresultat gelangen.

Es sollte auch schon allein aus diesen Gründen die Gerichtliche und Soziale Medizin nicht nur zu hören, sondern auch zu lernen obligatorisch werden, d. h. also Prüfungsgegenstand im Staatsexamen sein. Das liegt nicht nur im Interesse des Einzelnen — wie wenig Verständnis für die soziale Gesetzgebung ich in die Praxis mitbrachte, ist mir leider zur Genüge klar geworden —, nein, es liegt auch im Interesse des ganzen Standes. Denn die alljährlich für die Öffentlichkeit bestimmten Gutachten, die nach hundert Tausenden zählen, sind eine Visitenkarte unseres Standes.

Am Schlusse meiner Ausführungen angelangt, fasse ich das Ergebnis der Arbeit in folgenden Sätzen zusammen:

Der Unfall ist als Todesursache besonders in der männlichen Bevölkerung häufiger, als man gemeinhin anzunehmen pflegt. Er betrug im Jahre 1907 nach der Preußischen Statistik 2,21% der Todesursachen überhaupt. Die Häufigkeit der tödlichen Unfälle nimmt im allgemeinen ab. Als Todesursache gewinnen sie jedoch immer mehr Bedeutung. 74% sind Betriebsunfälle.

Bei der Entscheidung der Frage, ob ein Unfall den Tod unmittelbar oder mittelbar bewirkte, dient zur Klarstellung der Sache die Unfallanzeige, ferner die Zeugenaussagen, die ärztliche Beobachtung und die Obduktion. Der letzteren kommt dabei die größte Bedeutung zu. Sie wurde im vorliegenden Material 22 mal, also nur in 32% ausgeführt. Wo sie gemacht wurde, war die Entscheidung 16 mal sicher, 4 mal sehr wahrscheinlich und 2 mal aus besonderen Gründen unsicher. In den 42 bleibenden Fällen (68%), in denen die Obduktion nicht gemacht wurde, konnte nur 2 mal sicher und 15 mal mit größerer Wahrscheinlichkeit entschieden werden. 25 mal mußte hauptsächlich unsichere Vermutung die Grundlage des Urteils bilden. Wenn es auch Fälle mit negativem Obduktionsbefunde gibt, so ist deshalb doch zu fordern, daß die Obduktion bei Unfall mit nachfolgendem Tode obligatorisch wird. Das liegt nicht nur im Interesse der objektiven Rechtsprechung, sondern hat auch nennenswerten pekuniären Vorteil für die Berufsgenossenschaften. Die Stellung-

nahme des Reichs-Versicherungsamtes bei Verweigerung der Obduktion durch die Hinterbliebenen muß ärztlicherseits großen Bedenken begegnen.

Der ärztliche Sachverständige muß geschult sein und stets objektiv urteilen. Es ist deshalb notwendig, daß die gerichtliche und soziale Medizin Prüfungsfach wird zum Vorteile des einzelnen sowohl wie des ganzen Standes. Der geschulte ärztliche Sachverständige verlangt bei der Sachprüfung zunächst einen Unfall im Sinne des Gesetzes, ferner die genaue Feststellung der Todesursache durch Obduktion. In vorliegenden Gutachten war die Todesursache 18 mal unbekannt und zwar 16 mal aus Mangel eines Obduktionsbefundes; einmal war die Obduktion zu spät ausgeführt und einmal handelte es sich um eine verfaulte Wasserleiche. Es mußte deshalb das Urteil auf eine Vermutungsdiagnose aufgebaut werden, die mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit für sich hatte. Besonders gefährlich für die Rechtsprechung kann dieser Umstand dann werden, wenn Zeugenaussagen dabei eine Hauptrolle spielen. Sollte dies der Fall sein, so ist nach obigen Erfahrungen die eidliche Kontrolle der Aussagen zu veranlassen. Ferner verlangt der Sachverständige bei der Anerkennung des Zusammenhanges von Tod und Unfall, daß der Unfall geeignet war, den Tod zu bewirken. Es mußten deshalb öfters Rentenansprüche zurückgewiesen werden, da das Trauma den Körperteil, von dem das Erlöschen der Lebensfunktionen ausging, überhaupt nicht getroffen hatte und weil auch ein mittelbarer Zusammenhang zwischen Tod und Unfall nicht bestand. Die

Ablehnung des Zusammenhanges von Unfall und Tod erfolgte in 73% der Fälle. Die Häufigkeit wird nicht durch die Strenge des ärztlichen Sachverständigen bedingt, sondern erklärt sich ungezwungen aus der Begehrlichkeit des Menschen und dem Umstande, daß die Hinterbliebenen dem post hoc, ergo propter hoc den Vorzug geben.

Lebenslauf.

Am 9. September 1885 wurde ich *Franz Gustav Döhring* evangelisch, zu Köln a. Rh. als Sohn des Pastors *Karl Döhring* und seiner Gemahlin *Ottilie Döhring* geb. *Müller* geboren. Ostern 1905 erhielt ich das Reifezeugnis am Kgl. Fürstin-Hedwig Gymnasium zu Neustettin. Ich studierte alsdann in Bonn, Berlin und Königsberg. Am 13. Mai 1910 bestand ich das Staatsexamen mit dem Prädikat gut an der Universität zu Königsberg. Ich war dann zur weiteren Ausbildung in der Privatklinik von Prof. *Höftmann*, in der Kgl. medizinischen Poliklinik und im St. Elisabeth-Krankenkause hier tätig.

Während meines Studiums hörte ich die Vorlesungen von folgenden Professoren:

Auschütz, Bier, Braun, Bumm, Ellinger, Falkenheim, Gerber, Henke, Hermann, Jaffé, Joachimsthal, Kayser, Klapp, Klemperer, Klinger, Krauß, Krax, Lichtheim, Lexer, Excellenz v. Leyden, Meyer, Orth, Pflüger, Puppe, Schieferdecker, Schmidt, Schreiber, Scholtz, Straßburger, Stenger, Freiherr von la Vahtte St. Georg, Winter, Zander, Zangemeister.

Ihnen allen besten Dank.